

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

274

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

Par MARGUERITE WEIL

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX

LICENCIÉE ÈS SCIENCES

Née à Châteaudun, le 14 août 1888.

POINTS DOULOUREUX ABDOMINAUX

ET DES ERREURS DE DIAGNOSTIC

QU'ILS COMPORTENT

Président : M. ROGER, professeur.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

1, RUE CASSETTE, 1

1911

71

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

Par MARGUERITE WEIL

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX

LICENCIÉE ÈS SCIENCES

Née à Châteaudun, le 14 août 1888.

POINTS DOULOUREUX ABDOMINAUX

ET DES ERREURS DE DIAGNOSTIC

QU'ILS COMPORTENT

Président : M. ROGER, professeur.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

1, RUE CASSETTE, 1

1911



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. LANDOUZY.
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale.		R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		ACHARD.
Pathologie médicale		WIDAL.
Pathologie chirurgicale		N...
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		MARFAN.
Médecine légale		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale		GILBERT.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladies des enfants		HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GILB. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		DEJERINE.
		RECLUS.
Clinique chirurgicale		SEGOND.
		QUENU.
		PIERRE DELBET.
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN.
		PINARD.
Clinique d'accouchements.		BAR.
		RIBEMONT-
		DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN.

Agrévés en exercice :

MM. BALTHAZARD	MM. DESGREZ	MM. LECÈNE	MM. OMBRÉDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (And.)	GUÉNIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	JOUSSET (A.)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR JALAGUIER	Hosp. des Enf.-Assistés	1908-1909
MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU	Hosp. des Enf.-Assistés	1908-1909
MONSIEUR LE DOCTEUR SICARD	Hôtel-Dieu	1909-1910
MONSIEUR LE DOCTEUR LOEPER	Hôtel-Dieu	1909-1910
MONSIEUR LE DOCTEUR OETTINGER	Hôpital Broussais	1910-1911

A MES PARENTS — A MES AMIS

PRÉFACE

L'étude des douleurs abdominales semble avoir traversé deux phases principales. Dans la première phase, on rapporta ces douleurs à des altérations organiques des viscères qu'elles semblaient intéresser. Ainsi, la douleur de l'épigastre fut une douleur gastrique, la douleur de la fosse iliaque droite fut une douleur de l'appendice ou de l'ovaire, la douleur cystique fut attribuée à l'atteinte de la vésicule biliaire.

Dans la deuxième phase de leur histoire, on vit paraître une tendance générale à ramener ces troubles sensitifs non plus à la lésion des viscères précités, mais aux modifications des plexus nerveux de l'abdomen : elles méritèrent alors le nom d'*algies* et l'on reconnut que leur substratum était un simple trouble fonctionnel (névralgie) ou une lésion dégénérative (névrite) des nerfs abdominaux. On fut en effet frappé par la précision topographique de ces algies, et on leur donna le nom de « points douloureux » ; une étude anatomique plus précise montra que ces points répondaient à des régions nerveuses très particulières dont nous esquisserons la description dans un chapitre spécial. Cette évolution historique ne fut pas, à vrai dire, suivie également pour toutes les algies abdominales : telle d'entre elles montra l'exemple de ce progrès, tandis que les autres restaient encore dans l'obscurité ou dans l'erreur première.

MATHIEU puis ROUX, en 1899, montrèrent que la douleur épigastrique n'est pas une douleur du viscère gastrique mais du plexus nerveux cœliaque, une *cœlialgie* et non une *gastralgie*. ROUX étudia dans sa thèse (1900) la lésion dégénérative qui,

accompagne les modifications sensibles épigastriques, l'hyper ou l'hypoesthésie du point coeliaque au cours du tabes.

Par contre, les souffrances cystique et iliaque interne continuèrent à être rapportées aux viscères qui semblaient répondre à leur siège. Cependant, le premier acheminement des douleurs iliaques vers une explication claire fut ébauchée par la description de M. LEVEN : cet auteur montra qu'il existait au voisinage de l'ombilic des douleurs bien localisées, de véritables *points* douloureux paraombilicaux. Il décrivit un point paraombilical droit et un point paraombilical gauche situés l'un et l'autre à 6 centimètres de l'ombilic, sur une même ligne horizontale passant par l'ombilic. En même temps il signalait l'existence d'une zone sensible coeliaque, mais n'en donnait pas de topographie précise. Il pensa que ces douleurs répondaient au plexus végétatif de l'abdomen mais n'en apporta pas de démonstration anatomique. MM. LOEPER et ESMONET reprirent la question : ils aboutirent, eux aussi, à la même interprétation de ces douleurs abdominales, mais ils précisèrent la topographie des points douloureux ; ces points ne sont pas symétriques comme le pensait M. LEVEN ; MM. LOEPER et ESMONET trouvèrent aussi un point paraombilical droit et un point paraombilical gauche, mais ils reconnurent que ces points ne sont pas situés sur une ligne horizontale, ni à la hauteur de l'ombilic. Le point droit est plus rapproché de l'ombilic que le point gauche, parce qu'il répond au plexus mésentérique supérieur plus haut situé que le plexus mésentérique inférieur auquel correspond le point gauche. De plus, ces auteurs signalèrent l'existence d'un point iliaque droit et d'un point iliaque gauche qui n'avaient jamais été décrits. Ils eurent surtout le grand mérite d'établir un rapport anatomique précis entre le siège de ces douleurs et les plexus nerveux auxquels ils répondent dans la profondeur. Ainsi, les douleurs de la fosse iliaque furent dissociées en deux groupes :

1° En douleurs viscérales : ce sont les *points appendiculaires* de MAC BURNEY et surtout de LANZ, dont le siège est variable suivant la situation très diverse de l'appendice ; ce sont enfin les *points annexiels*.

2° En points névralgiques : dont la topographie est beaucoup mieux définie ce sont :

a) Le point *mésentérique supérieur* de MM. LOEPER et ESMONET. Ce point répond au plexus mésentérique supérieur, il est à peine comparable au point *paraombilical* de LEVEN.

b) Le point *mésentérique inférieur* de MM. LOEPER et ESMONET répond au plexus mésentérique inférieur et est situé beaucoup plus bas que le point *paraombilical gauche* de LEVEN.

c) Les points *iliaques, droit et gauche*, de MM. LOEPER et ESMONET encore appelés par ces auteurs *points angialgiques* iliaques, parce qu'ils répondent au plexus nerveux hypogastrique quand il passe sur la bifurcation des artères iliaques primitives.

Nous nous sommes proposé de montrer l'état de la question dans le perfectionnement et l'éclaircissement où l'ont mené les études de MATHIEU et ROUX, pour le creux épigastrique, de LOEPER et ESMONET pour la fosse iliaque, et nous essaierons d'appliquer aux douleurs de la région vésiculaire la même méthode d'explication, de dissocier la souffrance du viscère cystique de celle du plexus nerveux cystique. Surtout nous nous efforcerons d'apporter à l'étude étiologique, symptomatique et thérapeutique de ces points névralgiques, le témoignage d'observations cliniques qui nous permettent de croire que cette question est sortie définitivement des hypothèses, que sa solution est désormais bien acquise et qu'elle mérite dès lors d'entrer en ligne de compte dans la discussion diagnostique, pronostique et surtout thérapeutique des affections douloureuses de l'abdomen.

C'est à notre maître M. LOEPER, que nous devons l'idée et la direction de cette thèse; c'est aussi dans son service de l'Hôtel-Dieu qu'un certain nombre d'observations que nous citerons ont été recueillies.

Nous le remercions vivement d'avoir bien voulu nous confier cette étude, nous diriger par ses conseils et nous procurer une partie de la documentation clinique.

Avant d'entreprendre l'étude clinique des points névralgiques de l'abdomen, nous devons rappeler l'anatomie et la physiologie des filets nerveux qu'ils intéressent.

Puis nous parcourrons successivement l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, l'évolution, le diagnostic et le traitement de ces douleurs.

Nous insisterons principalement sur le diagnostic différentiel et l'étiologie qui contiennent tout l'intérêt et la difficulté de ce problème clinique, le traitement n'étant qu'une simple déduction rationnelle du diagnostic étiologique.

POINTS DOULOUREUX ABDOMINAUX

ET DES ERREURS DE DIAGNOSTIC QU'ILS COMPORTENT

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DU SYSTÈME NERVEUX ABDOMINAL

Les points névralgiques de l'abdomen occupent des régions bien définies dont la projection cutanée, moins constante que la localisation profonde, est cependant assez fixe. Ces régions répondent aux rassemblements des fibres sympathiques (nous les appelons sympathiques parce qu'elles appartiennent au système nerveux végétatif quoique, dans la règle, elles forment des neurones indépendants du splanchnique et du pneumogastrique); ces fibres sont répandues dans tous les points de l'abdomen, mais sont surtout satellites des artères. C'est donc à la naissance des gros troncs artériels, sur l'aorte, que nous trouverons les amas ganglionnaires; c'est autour des gros vaisseaux que nous trouverons les amas ganglioliformes ou plexus.

Les amas ganglionnaires et les plexus sont le siège de la sensibilité douloureuse.

Etudions d'abord ces ganglions et ces plexus nerveux.

I° GANGLIONS OU AMAS GANGLIONNAIRES

Les ganglions se rangent en deux groupes d'inégale importance :

a) Un groupe peu important, la CHAÎNE SYMPATHIQUE LOMBAIRE : le cordon chemine en avant de la base des apophyses costiformes lombaires, sur la face latérale du rachis; il repose, en arrière, sur les insertions vertébrales du psoas qui forment des arcades tendineuses. Sous ces arcades passent les rami-communicantes qui apportent au sympathique lombaire les fibres des racines homologues. En avant du cordon on voit, du côté droit, la veine cave inférieure, du côté gauche, l'aorte. Le cordon lombaire porte quatre à cinq ganglions en face des vertèbres correspondantes. Cette formation sympathique est trop profonde pour être accessible à la palpation : nous ne connaissons pas de névralgies de la chaîne lombaire.

b) Il existe un groupe ganglionnaire beaucoup plus important, BICHAT l'appelait le centre nerveux abdominal. On y distingue les ganglions semi-lunaires, aortico-rénaux et mésentériques supérieurs, soit en tout six ganglions. Ce groupe ganglionnaire peut former une masse confuse et mérite alors la dénomination de BICHAT, ou bien il est complètement isolé : on l'appelle communément plexus solaire, parfois plexus épigastrique ou PLEXUS CŒLIAQUE. Toutes ces dénominations sont exactes.

Le plexus est *épigastrique* par sa partie principale : les deux *ganglions semi-lunaires*.

Ces ganglions sont situés à droite et à gauche du tronc cœliaque en avant de l'aorte. La corne externe du ganglion reçoit le grand et le petit splanchnique; la corne interne du ganglion droit reçoit le pneumogastrique droit. Le plus souvent, la corne interne du ganglion gauche ne reçoit pas de fibres du pneumogastrique, mais parfois LAIGNEL-LAVASTINE a vu le pneumogastrique droit

donner aussi un filet à la corne interne du ganglion gauche. Ainsi, pour les classiques, il existe une anse mémorable de WRISBERG à droite seulement, pour LAIGNEL-LAVASTINE : à droite toujours, à gauche parfois.

HABERSHON a montré que la concavité du ganglion recevait des filets du phrénique droit et gauche; le ganglion droit et le ganglion gauche sont unis par une anse anastomotique. Le plexus solaire est donc formé de filets venus des splanchniques, du pneumogastrique droit et peut-être directement des racines rachidiennes.

Les fibres du splanchnique naissent de la 6^e à la 10^e racine rachidienne dorsale, parfois même de la 3^e et de la 4^e.

Le petit splanchnique naît des 10^e, 11^e et 12^e racines rachidiennes; parfois les filets issus des 11^e et 12^e racines ou de la 12^e seulement forment un cordon isolé : le troisième splanchnique ou *splanchnicus minimus*, qui ne va pas au plexus solaire, mais au plexus rénal méritant la dénomination de nerf rénal postérieur de WALTHER.

Le centre du plexus solaire est formé par les fibres qui entourent le tronc cœliaque. Comme ce tronc est dévié à droite, le centre de la région nerveuse sera dévié un peu à droite de la ligne xipho-ombilicale, ainsi que l'a montré J.-Ch. Roux. Telle est, en effet, la projection cutanée du centre solaire.

Le plexus est *cœliaque* par sa portion inférieure : il occupe la région cœliaque de LUSCHKA : celle-ci couvre la 12^e dorsale et les deux premières lombaires.

Le plexus, dans sa portion proprement cœliaque, est constitué par les ganglions aortico-rénaux et mésentériques supérieurs.

Les *ganglions aortico-rénaux* reçoivent la totalité du splanchnique inférieur et la majeure partie du petit splanchnique. Ils sont situés près de l'origine des artères rénales, ils sont anastomosés aux ganglions mésentériques supérieurs et, par cet intermédiaire, sont unis entre eux.

Les plexus rénaux se détachent des ganglions aortico-rénaux. HIRSCHFELD a décrit un ganglion rénal postérieur situé derrière l'artère.

Les *ganglions mésentériques supérieurs* sont situés en avant de l'aorte, à droite et à gauche de l'artère mésentérique supérieure, ils sont anastomosés par une anse très développée qui passe sous l'artère.

Ces ganglions possèdent des cellules chromaffines : ce sont les formations parasymphatiques de ZUCKERKANDL, qui sécrèteraient de l'adrénaline.

Rapports : le plexus est recouvert par le corps du pancréas, c'est de beaucoup le rapport le plus important puisque la névralgie cœliaque est l'unique symptôme du cancer du corps du pancréas. L'aorte est également un rapport important de la face postérieure du plexus : l'aortite de cette région pouvant s'accompagner de névralgie cœliaque. La veine cave inférieure, les surrénales sont plus éloignées de la face postérieure du plexus.

Le plexus solaire fournit des filets à l'estomac, au duodénum, au foie, à la rate, au pancréas.

2° PLEXUS

a) Nous citerons seulement le *plexus coronaire stomacique*, qui suit l'artère homonyme et couvre les faces de l'estomac. Le *plexus hépatique*, qui accompagne l'artère hépatique, mais surtout les filets satellites de l'artère cystique qui s'étalent sur la vésicule biliaire.

Ce *plexus cystique* nous intéresse, car il est le siège d'une sensibilité douloureuse. La projection cutanée en est bien déterminée : le point cystique répond, en effet, à l'intersection de la 9^e côte et du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen.

Le *plexus splénique* nous intéresse également par les filets qui accompagnent les artères pancréatiques, plus que par les filets spléniques proprement dits. Ces filets forment le *plexus pancréatique* de CRUVEILHIER, ils couvrent la tête du pancréas, ils viennent, en partie, du plexus hépatique. Ces filets ont suivi le trajet artériel suivant : quittant l'artère hépatique, ils gagnent l'artère gastro-duodénale, suivent l'artère pancréatico-duodénale

supérieure qui en dérive, et par ses rameaux pancréatiques arrivent à la tête de la glande. Quelquefois les filets viennent du plexus mésentérique supérieur, ils ont suivi la branche pancréatico-duodénale inférieure, branche de la mésentérique supérieure.

Les rapports anatomiques de ce plexus sont bien définis : en



FIG. 1. — Schéma du plexus solaire et du plexus abdominal avec leurs anastomoses. Plexus digestif supérieur, moyen et inférieur.

V, VI, VII, VIII, XI, racines intercostales et grand splanchnique (G.S.); ganglions de Ludwig (G.L.); X, XI, XII, racines intercostales inférieures et petit splanchnique (P.S.); I, II, racines lombaires; D, ganglions diaphragmatiques; M.I., M.S., plexus mésentérique supérieur et inférieur; S.L., ganglions semi-lunaires, R.A., ganglions réno-aortiques; L.A., plexus lombo-aortique; G.R., ganglions de la chaîne latérale.

projection profonde, il répond à la face antérieure et droite des deux premières vertèbres lombaires et parfois à la portion inférieure de la 12^e dorsale.

La projection superficielle est plus intéressante : elle forme la zone pancréatico-cholédocienne de CHAUFFARD et RIVET.

On l'obtient en élevant sur la ligne médiane la perpendiculaire

à une droite horizontale passant par l'ombilic. On trace la bissectrice de l'angle droit, obtenu à droite de la ligne médiane. La zone de CHAUFFARD et RIVET est comprise entre la ligne verticale et la bissectrice, sur une hauteur de 6 centimètres à partir de l'ombilic.

Selon DESJARDINS, le centre du plexus pancréatique aurait une projection encore plus précise : il serait situé à 6 centimètres de l'ombilic, sur la ligne ombilico-axillaire droite.

Nous citerons le *plexus rénal*, qui dérive du ganglion aortico-rénal; le *plexus surrénal* et le *plexus diaphragmatique*, qui suivent les artères capsulaires moyennes et diaphragmatiques inférieures et sont les émanations latérales du plexus solaire.

b) LES PLEXUS MÉSENTÉRIQUES sont les amas ganglioliformes les plus importants :

Le *plexus mésentérique supérieur* est de beaucoup le plus développé : il part des ganglions mésentériques que nous avons décrits et forme autour de l'artère homonyme une gaine nerveuse, grise et blanche, décrite par CRUVEILHIER. Ces filets suivent les branches de l'artère et se détachent, les uns de la convexité inférieure et gauche, les autres de la concavité supérieure et droite de l'arc vasculo-nerveux du mésentère.

Les filets de la convexité vont au jéjuno-iléon; ceux de la concavité à l'appendice, au cæcum, au côlon ascendant et à la moitié droite du côlon transverse.

Dans la profondeur, le plexus mésentérique supérieur, à son origine, répond à la troisième vertèbre lombaire. Il passe derrière le col du pancréas, puis sur la face antérieure de la troisième portion du duodénum, et se portant en bas et à droite vers la fosse iliaque, décrit un arc de 20 à 25 centimètres. La portion dense qui seule nous intéresse, accompagne la portion de l'artère mésentérique qui n'a pas encore donné de branches intestinales : c'est la partie toute initiale du trajet mésentérique.

En projection cutanée elle répond à une ligne de 4 à 6 centimètres environ, menée à partir de l'ombilic. Cette ligne est

oblique en bas et à droite, son extrémité inférieure est à 4 centimètres environ au-dessous du plan ombilical. C'est à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic que le plexus est le plus accessible à la palpation profonde.

Le *plexus mésentérique inférieur* est relié au plexus mésentérique supérieur par l'intermédiaire du plexus lombo aortique, que certains auteurs appellent plexus inter-mésentérique, parce qu'il règne entre les deux artères mésentériques, à la face antérieure de l'aorte.

Le plexus mésentérique inférieur naît environ à 6 centimètres au-dessus du promontoire, à l'union de la 3^e et de la 4^e vertèbre lombaire. Comme l'artère homonyme, il est oblique en bas et à gauche; son trajet est court, puisque l'artère mésentérique inférieure se divise rapidement en artère colique gauche et artère hémorroïdale supérieure, et que le plexus se partage pour suivre ces deux artères. Sa projection cutanée est moins étendue que celle du plexus mésentérique supérieur : elle est à 4 centimètres environ au-dessous de l'ombilic, à gauche de la ligne médiane et plus éloignée de la ligne médiane que le plexus droit.

En projection profonde, il répond à la 4^e vertèbre lombaire.

c) LE PLEXUS HYPOGASTRIQUE SUPÉRIEUR : couvre la face antérieure de l'aorte au-dessous de l'artère mésentérique inférieure, il accompagne les artères iliaques primitives. Quand celles-ci se bifurquent, il se divise en filets iliaques externes, peu nombreux, et en plexus iliaque interne appelé communément plexus hypogastrique inférieur.

La bifurcation de ces iliaques primitives en iliaque externe et en iliaque interne est couverte par un amas ganglioliforme formé par le tassement des filets hypogastriques. La bifurcation des iliaques primitives, dans la profondeur, est à 4 centimètres du promontoire d'après QUÉNU et DUVAL. Pour les classiques, elle répond à l'articulation sacro-iliaque, mais cette topographie est tout à fait inconstante puisque les artères iliaques primitives, selon QUAIN, mesurent entre 2 et 8 centimètres de longueur.

Aussi, dans la pratique, ne peut-on donner une localisation exacte à cette bifurcation iliaque et la projection superficielle s'obtiendra, sur le vivant, en remontant le long de l'artère iliaque externe jusqu'à ce qu'on sente la bifurcation artérielle. Disons cependant qu'en moyenne ce point est situé sur la bissectrice de l'angle formé par la rencontre de la ligne de Mac Burney et de la ligne de Lanz, à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic (LOEPER et ESMONET).

En résumé, le plexus nerveux abdominal peut être divisé en trois étages. Cette division schématique qui ne répond pas à la réalité anatomique chez l'adulte, mais qui répond à la réalité physiologique, s'accorde également avec l'embryologie.

L'étage supérieur est formé par le *plexus épigastrique* qui donne l'innervation à l'estomac et au duodénum. Il est logique qu'en même temps il innerve les organes annexes de ce segment intestinal développés dans le méso péritonéal correspondant : ce sont le foie, la rate et le pancréas.

L'étage moyen est constitué par le *plexus mésentérique supérieur* ; il innerve le segment intestinal qui va de l'angle duodéno-jéjunal à l'angle colico-splénique. Rappelons que cette portion d'intestin forme primitivement un V dont la pointe antérieure répond à l'ombilic.

Après la torsion intestinale, la branche inférieure et gauche devient supérieure et droite, elle fournit la courte portion de l'iléon qui va du diverticule de Meckel à la valvule iléo-cœcale, puis l'appendice, le cæcum, le côlon ascendant et le côlon transverse.

La branche primitivement supérieure et droite, devient inférieure et gauche : c'est le jéjuno-iléon jusqu'au diverticule de Meckel.

Chez l'adulte, l'innervation du côlon transverse fournie par le plexus mésentérique supérieur n'atteint plus l'angle colico-splénique : la moitié gauche du côlon transverse est innervée par le plexus mésentérique inférieur.

L'étage inférieur est constitué par le *plexus mésentérique infé-*

rieur. Il innerve la portion restante de l'intestin primitif : celle-ci va de l'angle colico-splénique à la membrane anale. D'abord parfaitement rectiligne chez l'adulte, cette portion de l'intestin constitue le côlon descendant, l'anse sigmoïde et le rectum supérieur.

Chez l'adulte, cette disposition étagée est légèrement modifiée : la portion épigastrique reste supérieure ; la portion mésentérique supérieure qui était moyenne devient droite ; la portion mésentérique inférieure devient gauche. Aussi peut-on décrire, chez l'adulte, un ventre supérieur : c'est celui du plexus épigastrique ; un ventre droit : celui du plexus mésentérique supérieur, et un ventre gauche : celui du plexus mésentérique inférieur. Ces divers ventres ont une pathogénie propre : nous serons amenés à décrire une sensibilité douloureuse particulière aux affections du ventre supérieur, du ventre droit et du ventre gauche.

Mais si nous décrivons trois segments au sympathique intestinal, primitivement il était constitué d'un nombre bien plus grand de métamères. Le système sympathique ayant son origine dans la moelle partage la disposition métamérique de cet organe : il y a autant de métamères sympathiques que de métamères spinaux.

A chaque neuromère (métamère nerveux) répondent deux myomères (métamères musculaires) : un myomère lisse, c'est-à-dire digestif, et un myomère strié, partie constituante de la paroi thoraco-abdominale (cinq derniers muscles intercostaux, grand droit de l'abdomen, grand oblique, petit oblique, transverse de l'abdomen). De même, à chaque neuromère répond un dermatomère (métamère cutané), partie constituante de la paroi thoraco-abdominale.

La souffrance du neuromère spinal ou sympathique intéresse donc à la fois la sensibilité, la motilité, la sécrétion, la vasomotricité du métamère.

La souffrance du neuromère donne les points douloureux que nous allons étudier, elle s'accompagne de la réaction du myomère intestinal : c'est le spasme ; du myomère pariétal : c'est la contracture de la paroi ; du dermatomère : c'est l'hyperesthésie superficielle.

HEAD a fait une étude particulière des dermatomères dans leurs rapports avec les entéromères ou segments intestinaux et les neuromères spinaux ou sympathiques. Nous verrons que le type de cette souffrance est fourni par l'appendicite qui s'accompagne de spasme cæco-colique (myomère intestinal), de contracture de la paroi abdominale (myomère pariétal : signe de SICARD), d'hyperesthésie au point de Mac Burney (dermatomère).

3° NERFS AFFÉRENTS DES PLEXUS

Après avoir étudié les ganglions, il faut connaître les fibres nerveuses qui s'y terminent; ce sont d'une part des neurones splanchniques, d'autre part des neurones pneumogastriques.

a) LE GRAND SPLANCHNIQUE est formé par quatre ou cinq rameaux issus des 6^e, 7^e, 8^e, 9^e, 10^e ganglions thoraciques ou des cordons intermédiaires compris entre ces ganglions, parfois aussi du 5^e ou même du 4^e ganglion dorsal. Ces ganglions eux-mêmes reçoivent leurs fibres des racines rachidiennes antérieures correspondantes, et en faible part des racines postérieures (fibres sensitives et vaso-dilatatrices). Le cordon ainsi formé traverse le pilier du diaphragme correspondant entre le faisceau principal et le faisceau accessoire. Il arrive à la corne externe du ganglion semi-lunaire du même côté et sur ce trajet présente parfois des renflements, décrits par LOBSTEIN, appelés cependant ganglions splanchniques d'ARNOLD. Le neurone splanchnique se termine, en majeure partie, dans les ganglions du plexus solaire, il est possible qu'une partie des fibres se termine dans les ganglions intrapariétaux de l'estomac appelés cellules d'OPPENCHOWSKY, et de l'intestin : plexus mésentérique d'AUERBACH.

Parfois le splanchnique est divisé en deux cordons anastomosés entre eux et avec le petit splanchnique qui renferme également des renflements : ce sont les petits ganglions splanchniques épars de VALENTIN.

b) LE PETIT SPLANCHNIQUE naît des 10^e, 11^e, 12^e ganglions thoraciques ou des cordons intermédiaires qui reçoivent leurs fibres des racines médullaires, comme le grand splanchnique. Le cordon nerveux passe entre le pilier du diaphragme et le faisceau de l'arcade du psoas: il se termine en partie dans le ganglion semi-lunaire correspondant, dans le plexus cœliaque, mais surtout dans le plexus rénal; il porte un renflement: le petit ganglion splanchnique de VALENTIN.

Parfois il existe un troisième splanchnique appelé nerf rénal postérieur de WALTHER, venu des 11^e et 12^e ganglions thoraciques.

c) LE PNEUMOGASTRIQUE, qui nous intéresse, est purement moteur, il vient du noyau bulbaire décrit par KRAUSE sous le nom de noyau ambigu. Sorti du crâne par le trou déchiré postérieur, il descend avec le paquet vasculaire du cou, donne des filets moteurs au pharynx, au larynx, au voile du palais, puis, dans son trajet thoracique, abandonne des filets cardiaques et respiratoires et enfin arrive au diaphragme. Le pneumogastrique traverse le diaphragme sur la face antérieure de l'œsophage où il se termine en plexus. Les filets de ce plexus se terminent dans les ganglions intra-pariétaux de l'estomac, appelés cellules d'AUERBACH.

Un filet du plexus gastrique antérieur remonte dans l'épiploon gastro-hépatique et gagne le hile du foie (VALENTIN, SAPPEY). Parfois (KOLLMANN) un filet de ce plexus gagne le ganglion semi-lunaire gauche formant une anse de WRISBERG gauche.

Le pneumogastrique droit a traversé le diaphragme sur la face postérieure de l'œsophage. Selon LAIGNEL-LAVASTINE, à 3 ou 4 centimètres au-dessus du tronc cœliaque, il se divise en trois branches: l'une, médiane, se jette dans le plexus mésentérique supérieur; une autre, droite, gagne l'angle interne du ganglion semi-lunaire droit formant avec le splanchnique l'anse mémorable de WRISBERG. La troisième branche, gauche, gagne le ganglion semi-lunaire gauche et forme, avec le splanchnique, une anse de WRISBERG gauche signalée déjà par BOURGERY.

4° ANASTOMOSES

Les nerfs splanchniques qui unissent les cellules ganglionnaires du plexus solaire à des groupes cellulaires de la moelle encore mal connus, constituent, au point de vue de l'anatomie microscopique, une anastomose entre la moelle et le plexus solaire.

Pour l'anatomie macroscopique, ils sont une anastomose apparente entre ce plexus et les racines rachidiennes : ainsi les nerfs intercostaux qui proviennent de ces racines semblent anastomosés avec les splanchniques. L'anastomose physiologique réelle entre les fibres motrices ou sensibles, splanchniques et intercostales, est indirecte, intramédullaire et non périphérique et se fait par des neurones intermédiaires : grâce à elle, tout se passe comme si le nerf splanchnique était une branche du nerf intercostal et vice versa. Aussi est-il permis de dire que le plexus digestif supérieur (partie du plexus solaire qui innerve l'estomac) est anastomosé avec les IV^e, V^e, VI^e, VII^e nerfs intercostaux.

Le plexus digestif moyen et inférieur : celui qui innerve l'intestin, est anastomosé avec les VIII^e, IX^e, X^e, XI^e, XII^e nerfs intercostaux et les deux premiers nerfs lombaires. Ainsi, suivant la remarque de Roux, certains tabétiques peuvent faire leur crise douloureuse gastrique non plus dans leur plexus solaire, c'est-à-dire à l'épigastre, mais dans leurs nerfs intercostaux, dans les espaces intercostaux (Thèse de J.-Ch. Roux, 1900).

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX ABDOMINAL

L'étude anatomique des plexus abdominaux nous a montré en quelles régions nous serions appelés à rechercher la sensibilité douloureuse des nerfs de l'abdomen. Il importe de rappeler brièvement le rôle physiologique de ces plexus avant d'étudier leur souffrance, parce que les modifications de leur sensibilité s'accompagnent, le plus souvent, de troubles divers dépendant de leurs diverses fonctions.

Ces plexus sont constitués, dans la majeure partie, de deux ordres de fibres : sympathiques et pneumogastriques. L'expérimentation physiologique peut porter sur le cordon sympathique thoraco-abdominal, sur les nerfs splanchniques, sur le pneumogastrique, enfin elle peut porter immédiatement sur les divers plexus.

1° RÔLE DU PLEXUS CŒLIAQUE

POPELSKY a montré que la résection du plexus cœliaque, chez le chien, produit une diarrhée abondante, chargée de lambeaux d'épithélium intestinal, de flocons blancs ou jaunâtres, diarrhée hémorragique, très fétide; dans une deuxième phase survient une quasi-constipation, puis des alternatives de diarrhée et de constipation.

A l'autopsie, on note une congestion intense avec ecchymoses de l'estomac, du duodénum, de l'intestin grêle et de la première

portion du gros intestin; des ulcérations de l'estomac, du duodénum et de la partie supérieure de l'intestin grêle; de l'atrophie des plaques de PEYER

La digestion reste bonne malgré ces modifications graves (PINCUS, puis POPELSKY).

La résection des splanchniques ne réalise pas ce syndrome qui tient aussi aux ganglions cœliaques.

Ce syndrome solaire expérimental est réalisé chez l'homme par la maladie d'ADDISON.

Le plexus cœliaque contient donc, selon POPELSKY, le centre périphérique de la sécrétion intestinale, le centre vaso-constricteur de l'intestin et le centre trophique des plaques de Peyer (BECHTEREW).

Il est aidé, dans cette fonction de vaso-constricteur de l'intestin, par les splanchniques (PFLUGER, puis POPELSKY), mais il peut se passer d'eux, et la résection des splanchniques ne réalise pas le syndrome vaso-dilatateur intense et durable de la résection cœliaque.

Carrefour des vaso-moteurs (LAIGNEL-LAVASTINE), le plexus cœliaque contient des vaso-constricteurs pour l'estomac, l'intestin grêle, le foie, la rate et le pancréas.

POUR LAIGNEL-LAVASTINE, le ganglion semi-lunaire droit serait le centre régulateur du foie et de l'estomac; le ganglion semi-lunaire gauche: le centre régulateur de la rate; le ganglion mésentérique supérieur: le centre de l'intestin grêle; le ganglion mésentérique inférieur: du côlon descendant, de l'anse sigmoïde et du rectum; les ganglions aortico-rénaux, les centres régulateurs des reins.

Le plexus solaire est de plus un relais important pour la transmission des excitations centripètes de l'abdomen à la moelle et aux centres supérieurs. Les excitations ne deviennent conscientes que si elles sont très intenses comme dans les péritonites.

L'irritation solaire: péritonites, exposition au froid, traumatismes, réalise un syndrome sympathique dont le premier terme est la dilatation aiguë de l'estomac (paralysie de l'estomac) avec

gastrosuccorrhée, et la paralysie de l'intestin (météorisme) suivies d'hyposystolie ou de collapsus cardiaque, de polypnée ou d'apnée, d'anurie, d'angoisse. Elle est réalisée cliniquement par les interventions chirurgicales sur l'estomac, les voies biliaires, de péritoine surtout.

2° ROLE DU PLEXUS MÉSENTÉRIQUE SUPÉRIEUR

La résection de ses fibres détermine des mouvements péristaltiques de l'intestin ; de plus MOREAU, puis HANOT, ont montré que l'intestin est le siège d'une grande hypersécrétion qui le fait se remplir d'un liquide aqueux. Mais le plexus mésentérique n'est pas un nerf sécréteur, il est seulement vaso-constricteur, et c'est la vaso-dilatation secondaire à sa résection qui amène l'hypersécrétion intestinale ; il serait, de plus, inhibiteur de l'intestin.

3° ROLE DU PLEXUS MÉSENTÉRIQUE INFÉRIEUR

Le plexus mésentérique inférieur contient les filets moteurs du côlon descendant, de l'anse sigmoïde et du rectum, qui lui viennent directement de la moelle, ainsi que l'a montré NASSE.

CLAUDE BERNARD, puis SOKOWINE constatèrent que les cellules ganglionnaires du plexus mésentérique inférieur sont le centre réflexe du rectum. COURTADE et GUYON, FELLNER, soutenaient que les fibres sympathiques excitées contractent la couche musculaire circulaire et relâchent la couche longitudinale. Pour BAYLISS et STARLING, l'excitation des plexus mésentérique inférieur et hypogastrique diminue le tonus intestinal et arrête le péristaltisme ; ils seraient donc inhibiteurs de l'intestin ; les nerfs moteurs proviendraient du plexus érecteur dont l'excitation produit la contraction péristaltique du côlon inférieur et du rectum. Pour WISCHNEWSKY, les filets érecteurs, tout comme les filets hypogastriques, agiraient également sur le muscle intestinal circulaire et longitudinal. Le nerf mésentérique inférieur aurait une action plus forte que le plexus hypogastrique.

4° ROLE DU PLEXUS HYPOGASTRIQUE

Le plexus hypogastrique contient, outre les fibres motrices et sensitives dont nous venons de parler, des fibres qui vont à la vessie : il y a des fibres particulières pour la sensibilité à la distension et pour la sensibilité au contact (LAIGNEL-LAVASTINE).

Il contient surtout les nerfs des organes génitaux internes, c'est-à-dire des fibres utérines et prostatiques. Des filets venus du splanchnique donnent la motilité au vagin, aux fibres circulaires de l'utérus (BASCH et HOFFMANN). Peut-être existe-t-il des filets pneumogastriques inhibiteurs du vagin et de l'utérus (BECHTEREW). Les filets splanchniques et pneumogastriques s'arrêtent en majeure partie aux ganglions mésentériques (ANDERSON et LANGLEY). Un nouveau neurone va du ganglion mésentérique aux ganglions para-utérins de FRANKENHAUSER ou directement à l'utérus, et au ganglion ovarien d'ÉLISABETH WINTERHALTER ou directement à l'ovaire.

Le plexus hypogastrique contient des filets vaso-constricteurs pour les vaisseaux utérins.

Chez l'homme, il contient des filets excito-sécréteurs de la prostate, une partie des filets moteurs de cet organe dont la majeure part est d'origine sacrée (BORMANN). Les organes génitaux externes reçoivent quelques filets du plexus hypogastrique, les plus importants sont les vaso-constricteurs du pénis.

5° ROLE DU PLEXUS PANCRÉATIQUE

Le plexus pancréatique est formé par les filets du pneumogastrique et du splanchnique.

Les filets pneumogastriques, ainsi que l'a montré PAWLOW, augmentent la sécrétion du pancréas; ils sont homologues de la corde du tympan pour la glande sous-maxillaire.

Les filets splanchniques excités font sécréter un suc épais et

plus riche en substances solides, ils sont homologues des filets sympathiques de la glande sous-maxillaire. •

6° ROLE DU PLEXUS RÉNAL

Les filets splanchniques qui le constituent en majeure partie donnent, après excitation, de la vaso-constriction, de l'hypotension glomérulaire et de l'anurie.

Pour quelques auteurs, les filets pneumogastriques agiraient sur la musculature lisse de l'organe ou auraient un rôle trophique.

La plupart des auteurs rejettent l'existence de cette fonction rénale du pneumogastrique.

7° ROLE DU PLEXUS CYSTIQUE OU MIEUX DU PLEXUS BILIAIRE

Les filets splanchniques excités donnent de la contraction des voies biliaires et une excrétion abondante de la bile accumulée.

Selon POPELSKY, le plexus cystique contient des fibres venues du plexus cœliaque, qui seraient inhibitrices du sphincter biliaire, car la destruction du plexus cœliaque arrête l'excrétion de la bile : les matières fécales sont décolorées bien qu'il y ait de la bile accumulée dans la vésicule.

Le centre réflexe des voies biliaires serait donc dans le plexus cœliaque.

8° ROLE DU PLEXUS SPLÉNIQUE

Le plexus splénique contient des fibres venues du splanchnique mais surtout du ganglion semi-lunaire : leur excitation donne la rétraction de la rate par vaso-constriction, mais aussi par une contraction propre de l'organe. Selon BECHTEREW, il ne contient pas de filets venus du pneumogastrique.

9° RÔLE DU PLEXUS HÉPATIQUE

Le plexus hépatique contient, selon PFLUGER, des cellules ganglionnaires qui en feraient un centre périphérique, et l'on pourrait réséquer le plexus coeliaque, le splanchnique, le vague, le phrénique, sans amener un trouble important de la sécrétion hépatique.

AFANASSIEFF a montré que l'excitation du plexus hépatique produit la pâleur du foie, la rétraction de l'organe et diminue la sécrétion biliaire. Pour cet auteur, des fibres splanchniques constitueraient le plexus hépatique. Pour d'autres auteurs, les filets sécrétoires proviendraient du pneumogastrique, les filets vaso-constricteurs, du splanchnique.

10° RÔLE DU SPLANCHNIQUE

PFLUGER et la majorité des auteurs modernes s'accordent à considérer le splanchnique comme le nerf inhibiteur de l'intestin grêle et de la partie supérieure du gros intestin ; il relâche les fibres longitudinales et circulaires de l'intestin. Son action sur l'estomac est discutée : pour certains auteurs, il agirait sur les groupes cellulaires d'Openchowsky qui sont des ganglions périphériques intra-gastriques.

Le splanchnique contient aussi des fibres motrices du fond et du corps de l'estomac, venues de la moelle à la hauteur des 5° et 8° vertèbres dorsales.

Le splanchnique règle le tonus de l'intestin : son excitation supprime le tonus de l'organe qui se relâche et se dilate. Il exerce une action vaso-constrictive : sa résection est suivie d'une vasodilatation paralytique intense des vaisseaux gastro-intestinaux.

Il serait aussi vaso-constricteur de la rate ; le petit splanchnique est vaso-constricteur du rein ; il est, avec le grand splanchnique, vaso-constricteur du foie.

Les splanchniques diminuent ou inhibent l'absorption gastrique et intestinale (LAIGNEL-LAVASTINE).

Enfin le splanchnique est le nerf centripète de l'intestin, il forme la première portion des arcs réflexes qui intéressent ce viscère : il est facile de constater que l'excitation douloureuse ou thermique de la peau et du péritoine produit l'inhibition de l'estomac et de l'intestin.

II^e ROLE DU PNEUMOGASTRIQUE

COURTADE et GUYON ont montré que le pneumogastrique est moteur de l'intestin : son excitation amène le péristaltisme intestinal.

BUDGE, BECHTEREW et MISKAWSKY ont montré que l'excitation violente du vague donne la contracture de l'intestin grêle, tandis que la partie supérieure du gros intestin n'entre que faiblement en mouvement, et après la contraction de l'intestin grêle.

Le rythmisme de la contraction intestinale dépend des ganglions périphériques intra-gastriques et intra-intestinaux qui constituent le plexus mésentérique d'Auerbach : ils sont analogues aux ganglions du cœur, comme ces derniers ils assurent l'automatisme de l'organe auquel ils appartiennent; le pneumogastrique s'y termine et agit sur l'intestin par leur intermédiaire.

Le vague, ainsi que l'ont montré BECHTEREW puis LANGLEY, contient des fibres motrices du cardia, qui se terminent dans les ganglions d'Auerbach, et des fibres inhibitrices du cardia qui se terminent dans les ganglions d'Openchowsky.

On admet habituellement que le vague ne renferme pas de fibres vaso motrices, il est le nerf sensible de l'estomac à l'état normal; il fournirait une partie des fibres sécrétoires de cet organe.

12° ROLE DU CORDON SYMPATHIQUE THORACO-ABDOMINAL

L'excitation des racines postérieures thoraco-abdominales et du cordon sympathique qui reçoit les filets de ces racines postérieures (tandis que les splanchniques reçoivent des filets qui sont vaso-constricteurs et qui viennent des racines rachidiennes antérieures), détermine la vaso-dilatation dans les différents viscères de l'abdomen.

Dès 1880, LAFFONT avait montré que le cordon sympathique contient des fibres vaso-dilatatrices du foie, venues des trois premières racines rachidiennes postérieures. Quelques-unes de ces fibres vaso-dilatatrices suivent la voie des racines antérieures de la moelle et des splanchniques. Une partie de ces fibres vaso-dilatatrices vont à la peau de l'abdomen, et dans le cas de ganglio-radiculites, elles produiront la lésion cutanée du zona, sans doute accompagnée de lésions homologues du tube digestif en raison de la correspondance des métamères cutanés, intestinaux et radiculaires.

CHAPITRE III

LES POINTS ET LES ZONES SENSIBLES DE L'ABDOMEN

Nous venons de voir les différentes fonctions des plexus abdominaux : nous allons aborder l'étude de la pathologie de ces plexus.

Normalement les viscères de l'abdomen ont une sensibilité sourde et subconsciente qui appartient à ce qu'on a appelé la conscience médullaire.

La sensibilité du plexus solaire ne prend d'importance que dans l'état pathologique. Chez l'individu normal, la pression aux points d'élection de la sensibilité profonde ne réveille pas de douleur.

Dans des conditions très variées que nous étudierons au chapitre de l'étiologie, l'excitabilité du plexus solaire est augmentée et, selon l'expression de GOTTSCHIED, « le seuil de sensibilité des neurones s'abaisse ». On mesure le degré de cette excitabilité à l'esthésiomètre. La sensibilité solaire ainsi mesurée doit être rapportée au splanchnique. C'est parce qu'un grand nombre d'affections locales ou générales retentissent sur le système nerveux végétatif abdominal que les hyperesthésies abdominales sont fréquentes.

Nous n'envisagerons ici qu'un seul point de vue : celui de la sensibilité, mais nous verrons que les modifications de la sensibilité s'accompagnent, en général, de troubles des autres fonctions, surtout de la fonction motrice. Ces modifications consistent soit en hyperesthésie, soit en hypoesthésie. On les rencontre,

tantôt dans la profondeur, tantôt sur les parois de l'abdomen ; ces modifications profondes sont de beaucoup les plus importantes, elles ne s'accompagnent pas nécessairement de troubles de la sensibilité superficielle.

1° SENSIBILITÉ PROFONDE

a) POINT ÉPIGASTRIQUE : comme son nom l'indique, il répond à l'hyperesthésie du plexus épigastrique : il est situé sur le

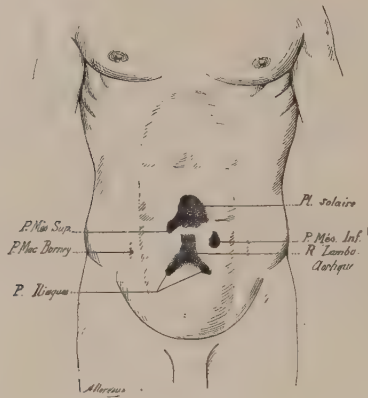


FIG. 2. — Projection sur la paroi des zones sensibles de l'abdomen.

milieu de la ligne ombilico-xiphoïdienne et légèrement dévié à droite comme le plexus auquel il correspond. (J.-CH. ROUX.)

b) POINT MÉSENTÉRIQUE SUPÉRIEUR (appelé primitivement point para-ombilical droit par MM. LÆPER et ESMONET. Il répond au plexus mésentérique supérieur, il est situé à 2 centimètres au-dessous et en dehors de l'ombilic. Il est sans doute équivalent au point que MORRIS décrivait à l'union du tiers interne et du tiers moyen de la ligne de Mac Burney ou ligne spino-ombilicale.

c) POINT MÉSENTÉRIQUE INFÉRIEUR (appelé primitivement point para-ombilical gauche par MM. LÆPER et ESMONET. Il répond au

plexus mésentérique inférieur, il est situé à 4 centimètres au-dessous et en dehors de l'ombilic.

d) POINT PROMONTORIEN : Zone de sensibilité diffuse, situé sur la ligne médiane, au-dessous des deux points para-ombilicaux, répond au plexus hypogastrique supérieur; comme lui, il est préaortique, mais a son maximum au-dessous de la bifurcation

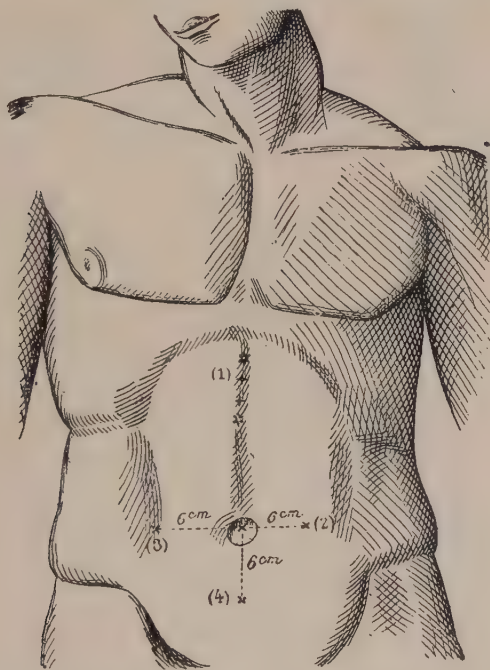


FIG. 3. — Schéma de M. LEVEN (page VII : Estomac et Cerveau, 1884). Plexus solaire et ses dépendances. — 1, plexus solaire; 2, point ombilical gauche; 3, point ombilical droit; 4, point sous-ombilical.

aortique, au niveau de l'angle sacro-vertébral, d'où son nom de promontorien. La sensibilité promontorienne a été signalée par LEVEN. Dans son ensemble, cette zone a la forme d'un croissant dont les cornes se continuent sur les artères iliaques primitives.

e) LES POINTS ILIAQUES, droit et gauche, répondent à l'amas ganglioliforme de la bifurcation des artères iliaques primitives.

Ils furent décrits pour la première fois par MM. LOEPER et ESMONET (*Bulletin médical*, 28 mai 1910). Théoriquement, ils sont situés sur la bissectrice de l'angle formé par la ligne de Mac Burney (ligne spino-ombilicale) et la ligne de Lanz (ligne bispinale), à 4 centimètres de l'ombilic.

En pratique, ce repère ne correspond pas toujours à la bifurcation des iliaques primitives; nous avons vu, en effet, que ces

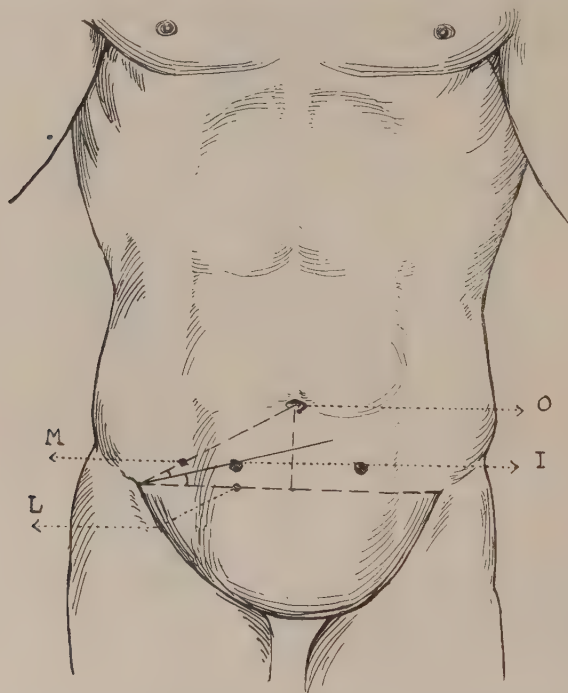


FIG. 4. — Les points douloureux de la fosse iliaque.
M, point de Mac Burney; L, point de Lanz; I, point iliaque; O, ombilic.

artères ont une longueur très variable. Pour le découvrir il sera facile, chez le sujet maigre, chez les ptosés à parois flasques, de remonter le long de l'artère iliaque externe jusqu'à la bifurcation des iliaques primitives.

f) POINT CYSTIQUE : Selon les classiques, le point cystique occupe l'intersection de la ligne parasternale droite (ligne verticale pas-

sant par le bord droit du sternum) et de la 9^e côte, ou mieux de la ligne horizontale passant par l'extrémité antérieure de la 9^e côte. Certains auteurs le définissent encore par l'intersection du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen et de la 9^e côte ou de la ligne horizontale qui la prolonge. Mais ces carac-

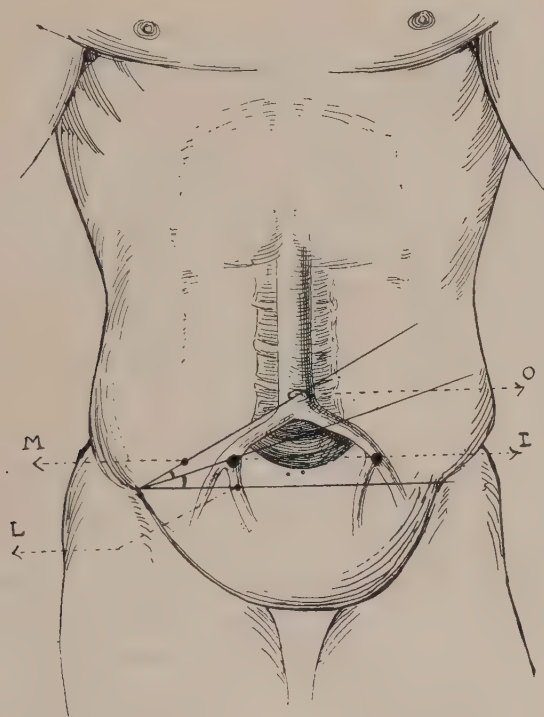


FIG. 5. — Projection sur la paroi du massif vertébral et des artères iliaques.
O, ombilic; I, artères iliaques; L, point de Lanz; M, point de Mac Burney.

tères topographiques sont variables, la position du plexus nerveux vésiculaire dépend de la situation du foie, et l'hépatoptose, l'abaissement du bord inférieur du foie, entraînent l'abaissement du point cystique. Le point cystique est mobile avec la respiration puisque le foie lui-même se déplace avec les mouvements du diaphragme.

Normalement la pression de ces divers points ne réveille pas

de douleur. Au cours des affections du tube digestif, même légères, l'hyperesthésie apparaît, elle peut être mesurée à l'esthésiomètre de ROUX et MILON.

Chemin faisant, nous citerons quelques-uns des chiffres obtenus, mais avec un peu d'expérience la main donne des renseignements suffisants et il est inutile de recourir à l'esthésiomètre.

2° SENSIBILITÉ SUPERFICIELLE

Contrairement à la sensibilité profonde, la sensibilité superficielle n'occupe pas de zones bien définies. On ne connaît pas, de façon précise, les rapports topographiques qui unissent l'hyperesthésie profonde à l'hyperesthésie superficielle. Nous avons dit précédemment que ces rapports étaient fondés sur la métamérie; mais au cours du développement le métamère a subi une dislocation qui éloigne le dermatomère du neuromère profond correspondant. Le plus souvent ces hyperesthésies superficielles forment des zones de dimensions variables depuis celle d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celle d'une pièce de 5 francs. Elles sont habituellement ovalaires; il est rare qu'elles forment des bandes à disposition radiculaire, sauf au niveau du thorax.

Les affections gastro-duodénales, hépatiques, spléniques et pancréatiques donnent l'hyperesthésie profonde au point épigastrique et l'hyperesthésie superficielle souvent dans la région thoracique. Cette dernière revêt parfois le type radiculaire, c'est-à-dire métamérique, parce que la disposition segmentaire de l'embryon s'est conservée, au niveau du thorax, dans son type primitif à peu près pur.

Ces hyperesthésies superficielles ont été décrites par HEAD. La plus importante des hyperesthésies superficielles de l'abdomen est celle qui accompagne les lésions appendiculaires: c'est la zone de MAC BURNEY.

Mais selon MEISEL, cette zone est une plaque mal limitée, située sur la ligne de MAC BURNEY, c'est-à-dire dans le dermatomère correspondant à l'entéromère appendiculaire. Dans ce cas, en

effet, l'hyperesthésie profonde satellite occupe le point para-ombilical droit, et le point douloureux du viscère est celui que décrit LANTZ à l'union des tiers moyen et droit de la ligne bispinale. L'hyperesthésie du point para-ombilical gauche s'accompagne d'hyperesthésie superficielle du ventre gauche qui peut également occuper, à gauche, l'équivalent de la zone de MACBURNIEY.

Nous avons jusqu'ici parlé d'hyperesthésie profonde et superficielle, mais il peut y avoir, au contraire, hypoesthésie ou anesthésie complète, superficielle et profonde. Ces troubles sont plus rares que l'hyperesthésie, ils se rencontrent surtout chez les tabétiques et les diabétiques.

Certains sujets présentent une sensibilité douloureuse généralisée, non seulement des plexus abdominaux, mais encore de tout le système sympathique superficiel et profond.

Nous décrirons d'abord un malade qui présente des hyperesthésies généralisées, chez lequel la notion de troubles purement fonctionnels s'impose. Il s'agit le plus souvent d'une femme jeune dont la réaction sympathique anormale apparaît à première vue. En effet, les troubles vaso-moteurs sont très accusés : rougeur de la face, rougeur de la région examinée (érythème pudique), tachycardie, dyspnée, sueurs. A la palpation de l'abdomen, on réveille la douleur en tous les points que nous avons signalés, en l'absence même de troubles gastriques ou intestinaux. La pression exagère les symptômes sympathiques précédemment cités, augmente la dyspnée, provoque même parfois de la bradycardie; le malaise général est accru, la malade est angoissée : « la douleur porte au cœur », s'accompagne de sensation d'étouffement et de tendance à la lipothymie.

La réaction motrice est également vive, la malade s'agite, le spasme œsophagien concomitant réalise la sensation de « boule », la paroi abdominale se contracte, gênant l'examen.

La pression des autres régions sympathiques produit une douleur très accusée également : ce sont les points mammaires, surtout gauche, les points cervicaux au nombre de trois de chaque côté du cou et répondant aux trois ganglions du sympha-

thique cervical; les points intercostaux parfois, sur la ligne d'émergence des filets perforants; les points scapulaires, à la pointe de l'omoplate (surtout à gauche); le point de la nuque, le point coccygien, etc...

Chez certains malades la pression en ces divers points peut déterminer des crises convulsives, pithiatiques, et l'on appelait autrefois zones hystérogènes les points d'hyperesthésie que nous avons décrits.

Ces malades présentent d'ailleurs, en même temps que ces hyperesthésies sympathiques provoquées, des douleurs spontanées et des troubles sécrétoires, vaso-moteurs, etc., par exemple : spasme de l'œsophage, fausse angine de poitrine, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, rachialgie, céphalée, insomnies, etc.

Citons quelques exemples de ces hyperesthésies généralisées.

OBSERVATION I. — M^{lle} Marie C..., vingt-quatre ans, domestique. Troubles gastriques depuis l'âge de quinze ans, d'abord douleurs gastriques vagues accompagnées d'alternatives de diarrhée et de constipation. Depuis l'âge de vingt-trois ans, deux à trois heures après les repas, brûlures, parfois régurgitations acides. Pesanteur, grand météorisme épigastrique immédiatement après les repas.

Vient consulter pour un malaise survenu quatre jours auparavant pendant la nuit : sueurs, frissons, pas de vomissements.

A l'examen, pas de bacillose, mais nervosisme.

La sensibilité superficielle de l'abdomen est très exagérée, surtout dans la région épigastrique. Par la pression, on réveille une douleur vive au point épigastrique, aux points mésentériques supérieur et inférieur, au point promontorien, aux points iliaques droit et gauche, le droit est plus douloureux. Douleur à la pression du ganglion cervical inférieur, surtout à droite. Douleur au point mammaire gauche.

OBSERVATION II. — Daniel A..., cinquante-cinq ans, employé de restaurant : souffre depuis deux mois de douleurs gastriques assez violentes sans rapport avec les repas. Signes d'éthylisme nets : le matin, au réveil, pituites blanches ou verdâtres, hallucinations nocturnes.

A l'examen : pas de clapotage gastrique à jeun.

On note de l'hyperesthésie de tous les plexus abdominaux : points

épigastrique, mésentérique supérieur, mésentérique inférieur, iliaques droit et gauche. Une pression, même légère, réveille une douleur tellement vive que le malade fait des contorsions, se met en position arquée.

Réflexes rotuliens exagérés. Le tubage, pratiqué à jeun, ne ramène pas de liquide gastrique.

Nous citerons quelques chiffres obtenus à l'aide de l'esthésiomètre de Roux et Milon chez un malade présentant de l'hyperesthésie sympathique généralisée.

OBSERVATION III. — Joseph J..., quarante-neuf ans et demi, peintre en bâtiments. A eu cinq coliques de plomb, constipation habituelle. Depuis quelques semaines, dyspnée, d'abord légère, actuellement accentuée surtout le soir, survenant quatre heures après les repas. Pas d'œdèmes, pas d'albumine, mais bruit de galop, arythmie, pression artérielle 24 au Potain.

Douleur épigastrique : 5 kilogrammes;

Point mésentérique supérieur : 4 kil. $\frac{1}{2}$;

Point mésentérique inférieur : 3 kil. $\frac{1}{2}$;

Contour promontorien : sensation pénible;

Douleur à la pression des ganglions cervicaux supérieurs et inférieurs à droite et à gauche.

Comme dernière observation, citons celle d'une malade atteinte de dyspepsie gastrique et de colite muco-membraneuse avec réaction sympathique généralisée.

OBSERVATION IV. — M^{me} Isabelle G..., quarante-trois ans, souffre de l'estomac depuis six ans : brûlures après les repas, quelquefois vomissements suivis de perte de connaissance. Actuellement pesant et gonflement une à deux heures après les repas, constipation presque absolue : les selles sont toujours dures, glaireuses, contiennent quelquefois des muco-membranes et du sang. Pâleur, amaigrissement, céphalées fréquentes.

Spasme du côlon descendant, douleur aux points épigastrique, mésentérique supérieur, mésentérique inférieur, iliaques droit et gauche, mais gauche surtout. Hyperesthésie superficielle au niveau du point mésentérique inférieur de la dimension d'une pièce de 5 francs; hyperesthésie également au niveau du point iliaque gauche.

Douleur très vive à la pression du sympathique cervical droit et gauche.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

1° ÉTIOLOGIE DES HYPERESTHÉSIES

Les causes de ces hyperesthésies sont, ou bien des causes locales, ou bien des causes générales.

A. — *Causes locales.*

a) Parmi les causes locales nous distinguerons encore les causes gastro-intestinales et les causes extra-intestinales.

α) CAUSES GASTRO-INTESTINALES. — Elles peuvent être simplement d'ordre *mécanique*, ainsi la *ptose* de l'estomac, la *ptose* intestinale, tiraillent les filets sympathiques.

Les malades atteints de *ptose* présentent en général, en même temps, une dyspepsie gastrique soit hypersthénique, soit hyposthénique, de la colite muco-membraneuse, de la constipation simple, du spasme et de l'atonie colique.

OBSERVATION V. — M. F..., soixante-deux ans : présente une heure à une heure et demie après ses repas une douleur épigastrique.

Point épigastrique très douloureux à la pression.

Douleur au point mésentérique inférieur satellite du spasme colique gauche; douleur au point mésentérique supérieur satellite de l'atonie cæcale.

La radioscopie montre l'existence d'une *ptose* atonique de l'estomac, du côlon transverse et du cæcum qui est très distendu.

OBSERVATION VI. — M^{me} J..., cinquante-sept ans : présente un syndrome de dyspepsie hypersthénique avec point épigastrique, de spasme du côlon descendant avec point mésentérique inférieur, d'atonie cæcale avec point mésentérique supérieur.

Examen radioscopique : ptose gastrique sans atonie prononcée, avec ptose de la coupole diaphragmatique à gauche surtout; distension cœcale et séjour prolongé du bismuth dans le cæcum; le côlon transverse ptosé atteint le pubis.

OBSERVATION VII. — M^{me} Marguerite N..., cinquante-sept ans, cuisinière.

Hyperchlorhydrie et douleur épigastrique; spasme du côlon descendant et point mésentérique inférieur; cæcum clapotant et point mésentérique supérieur.

Radioscopie : ptose gastrique, abaissement du côlon transverse qui a la forme d'un V, ptose de l'angle colique droit et du cæcum qui est élargi, stase cœcale du bismuth.

La distension gastro-intestinale secondaire à l'*aérophagie* peut être considérée comme une cause de tiraillement des plexus abdominaux.

L'aérophagie est rarement une manifestation isolée, elle complique généralement des manifestations dyspeptiques. Parfois cependant elle constitue une entité clinique, elle passe au premier plan symptomatique et on peut croire que, dans ces cas, l'insufflation gastro-intestinale par l'air dégluti est suffisante pour produire la cœlialgie.

OBSERVATION VIII. — Citons le cas de M. Paul M..., vingt-huit ans, employé de commerce. Se plaint de douleurs abdominales : il en souffre depuis deux ans, mais elles ont présenté une exacerbation marquée depuis six mois.

La douleur est surtout épigastrique, à recrudescence nocturne, réveillant le malade, elle irradie dans l'hypochondre gauche. Constipation, éructations et gaz. Abdomen ballonné, météorisme surtout accusé à l'épigastre et dans la région cœcale : hypersonorité tout le long du trajet colique, le côlon semble distendu.

Gargouillement en divers points de l'abdomen : cæcum, région péri-ombilicale, côlon descendant.

Spasme de l'angle colique droit et de la partie inférieure du côlon descendant.

A l'auscultation « inspiration œsophagienne » bruyante.

Points douloureux très accusés : épigastrique, mésentérique supérieur et mésentérique inférieur.

β) D'autres fois, la cause locale est *inflammatoire* : il s'agit d'un cancer infecté, d'une entérite véritable d'origine infectieuse. L'appendicite est, de toutes les entérites localisées, celle qui donne le plus fréquemment l'hyperesthésie de tous les plexus abdominaux : dans ce cas on peut songer à une névrite infectieuse des plexus. Il en est de même des entérites localisées plus rares, comme la typhlite, la colite, la sigmoïdite, la rectite; parfois aussi dans les inflammations péri-intestinales dont la fréquence est reconnue de plus en plus : la péricolite qui peut être une simple adhérence d'un angle colique ou une péritonite plastique juxta-intestinale.

Voici un exemple de manifestation entéritique infectieuse localisée au côlon sigmoïde.

OBSERVATION IX. — M. M. K..., vingt-quatre ans : à la suite d'une vaccination staphylococcique antifuronculeuse (injection d'une culture atténuée par la chaleur de staphylocoques prélevés sur un de ses furoncles), présente une fièvre à 39°7, accompagnée d'asthénie, de douleurs gingivales, d'arthralgies, de douleur testiculaire droite. Surtout pesanteur dans le bas-ventre et diarrhée fétide. Douleur très vive à la pression du point mésentérique inférieur, douleur légère au point mésentérique supérieur, pas de douleur au point épigastrique. Dans les jours suivants, la diarrhée est remplacée par de la constipation, la douleur spontanée et provoquée au point mésentérique inférieur diminue. Il se développe une stomatite ulcéreuse qui occupe le premier plan de la maladie.

γ) Plus souvent la cause locale est d'ordre *toxique*, les *dyspepsies*, la *stase cœcale*, l'*atonie* consécutive aux maladies infectieuses ou à la dénutrition générale amènent des troubles du chimisme digestif, des fermentations; il en peut résulter l'imprégnation toxique des plexus abdominaux qui réalise la névralgie ou la véritable névrite.

Au sujet de l'atonie et de la stase cœcale nous renvoyons aux cas cités plus haut à propos de la ptose, cas également cités plus loin au chapitre des spasmes coliques localisés accompagnant des points névralgiques isolés et particuliers.

En effet, l'atonie cœcale accompagne le plus souvent la ptose et peut se compliquer notamment de ptose cœcale, de cæcum

mobile ; elle coïncide le plus souvent avec le spasme colique, la colite muco-membraneuse, la simple constipation, avec la dyspepsie gastrique hyper- ou hyposthénique.

Certaines maladies générales à localisation intestinale prédominante, comme la *fièvre typhoïde*, s'accompagnent fréquemment d'hyperesthésie abdominale profonde qui peut être en rapport, soit avec la lésion locale, soit avec l'intoxication généralisée de l'organisme.

Sur six typhiques examinés, au cours du troisième septénaire, nous avons trouvé dans cinq cas une hyperesthésie manifestement prédominante aux points mésentérique supérieur et iliaque droit, avec une sensibilité presque nulle au point épigastrique.

Dans un de ces cas, il existait une hyperesthésie des points mésentérique inférieur et iliaque gauche presque aussi accentuée que du côté droit.

La prédominance de l'hyperesthésie du côté droit peut être considérée comme dépendant de la localisation iléale et typhlo-appendiculaire de la fièvre typhoïde, puisque le point mésentérique supérieur répond au plexus nerveux qui innerve ce segment de l'intestin.

L'hyperesthésie concomitante des points gauches tenait peut-être à une localisation parallèle de la dothiéntérie sur le côlon descendant.

Dans le dernier cas il n'existait pas de localisation douloureuse bien précise.

Voici quelques-uns des résultats obtenus par l'examen de la sensibilité abdominale.

OBSERVATION X. — M^{lle} Pauline D..., vingt ans : au trentième jour de la maladie, très légère douleur au point épigastrique, douleur vive au point mésentérique supérieur et iliaque droit, moyenne au point mésentérique inférieur et iliaque gauche.

OBSERVATION XI. — M^{me} C..., quarante-cinq ans : au trentième jour, escarre fessière et abcès sous-cutanés, diarrhée très abondante. Point épigastrique à peine sensible ; point mésentérique supérieur très douloureux ; points mésentérique inférieur et iliaque gauche, moins

sensibles; point iliaque droit très douloureux; légère douleur promontorienne.

OBSERVATION XII. — M. G..., charbonnier, dix-huit ans : au vingt-cinquième jour de la maladie : point épigastrique léger, point mésentérique supérieur 2 kilogrammes; point mésentérique inférieur 3 kil. 1/2; pas de douleurs iliaques.

OBSERVATION XIII. — Fièvre typhoïde ou paratyphoïde. M. R..., trente-six ans : toxi-infection par les huitres dix jours avant l'examen. Troubles gastro-intestinaux, douleur vive aux points mésentériques supérieur et inférieur. Dans les jours suivants : nausées, fièvre, tachycardie; deux hématomèses, méléna.

Beaucoup d'autres maladies infectieuses comme la *tuberculose*, la *pneumonie*, s'accompagnent d'élimination microbienne par l'intestin (RIBADEAU-DUMAS et HARVIER, HESS, 1910); aussi les troubles sensitifs abdominaux, fréquents au cours de ces maladies, peuvent s'expliquer aussi bien par une action locale des toxines que par une imprégnation généralisée de l'organisme. Néanmoins nous considérerons ces infections surtout comme des causes générales, et nous en donnerons des exemples au chapitre des causes générales.

Dans certains états toxiques qui s'accompagnent d'élimination intestinale des poisons retenus dans l'organisme, par exemple dans l'*urémie*, l'élimination supplémentaire se faisant par l'intestin et même, pour certains auteurs (RIBADEAU-DUMAS et TRIBOULET), par des segments définis du tube digestif, peut léser au passage les filets nerveux de l'intestin qui peuvent être d'ailleurs atteints par voie vasculaire.

L'hyperesthésie des plexus nerveux, au cours de l'urémie, peut aussi être rapportée aux ulcérations digestives qui se développent fréquemment en même temps que l'élimination supplémentaire des poisons se fait par l'estomac et l'intestin.

La douleur épigastrique sera particulièrement vive si les lésions érosives occupent surtout la muqueuse gastrique, réalisant la gastrite ulcéreuse urémique dont l'étude a été récemment reprise par MONPEURT (thèse de 1910) ou la duodénite ulcéreuse

décrite autrefois par DELAUNAY et BARIÉ; les algies mésentériques sont satellites de l'entérite ou de la colite ulcéreuse. Mais il est fréquent de rencontrer chez les urémiques, non pas une douleur isolée du plexus abdominal, mais un syndrome polyalgique diffus qui traduit manifestement l'imprégnation toxique généralisée, et ne semble plus dépendre seulement d'un processus ulcéreux puisque celui-ci est habituellement localisé, aussi devons-nous traiter de l'urémie au chapitre des causes générales.

b) CAUSES EXTRA-INTESTINALES. — La *périaortite* (TEISSIER), dans l'ectasie de l'aorte abdominale enserre les filets du plexus solaire (LOEPER : Les crises intestinales des aortiques : *Progrès Médical*, 10 décembre 1910).

Il en est de même dans la *péritonite localisée chronique* qui peut être bacillaire ou apparaître chez des brightiques, des cirrhotiques, des artério-scléreux (probablement tuberculeuse même dans ces cas); il s'agit le plus souvent de périviscérites : *périsplénite*, *périhépatite*, etc...

La *pancréatite chronique*, le *cancer du corps du pancréas* réalisent l'irritation des plexus abdominaux de la même façon que la *périaortite*.

L'inflammation des voies biliaires extra-hépatiques : la *cholécystite* souvent accompagnée de péritonite sous-hépatique réalise l'irritation du plexus hépatique, comme l'appendicite irrite le plexus mésentérique.

La *colique hépatique* s'accompagne fréquemment d'hyperesthésie de toutes les zones sympathiques de l'abdomen.

Les *annexites* surtout, la *métrite* parfois, les *déviations utérines*, surtout la *rétroversion*, forment une des causes les plus fréquentes d'hyperesthésie abdominale d'origine extra-intestinale : CARLO SANTINI a décrit notamment un point douloureux semblable à celui que nous appelons mésentérique inférieur, plus bas situé que le para-ombilical gauche de LEVEN, et que SANTINI a trouvé chez 71 malades sur 91 atteintes d'inflammation utéro-annexielle (*la Clinica chirurgica*, 31 mars 1910).

Chez la femme également, l'existence d'un *rein mobile* est une

cause assez fréquente de tiraillement du plexus rénal. SANTINI a trouvé le point mésentérique inférieur douloureux dans trois cas sur dix-neuf néphroptoses ; mais dans ces cas on trouve également l'hyperesthésie des autres points : mésentérique supérieur, épigastrique, iliaques, etc...

Toutes les *affections du rein* : tuberculose, cancer, néphrite aiguë, les urétérites et même les cystites peuvent produire l'hyperesthésie des points abdominaux.

Les *glandes surrénales* atteintes d'inflammation aiguë, mais surtout de tuberculose chronique et de sclérose, produisent des douleurs solaires comme les pancréatites ou plus fréquemment encore que les pancréatites.

B. — *Causes générales.*

a) Le plus souvent ce sont des CAUSES TOXIQUES ; et nous avons vu précédemment que l'intoxication générale pouvait être considérée comme une cause locale puisque les poisons sont fréquemment éliminés par la muqueuse intestinale et lèsent au passage le plexus digestif : plexus d'Auerbach. Les principales intoxications qui retentissent sur les plexus abdominaux sont :

α) Des auto-intoxications : *ictère, urémie* : chez deux urémiques qui présentaient une imperméabilité rénale portant surtout sur l'urée (chez l'une : 2 gr. 76 d'urée par litre de sérum sanguin) et atteintes de vomissements, on trouvait une sensibilité épigastrique très accusée : 4 kil. 1/2 chez l'une, 1 kilogramme chez l'autre. Chez la première, on réveillait une douleur au point mésentérique supérieur avec une pression de 1 kilogramme, au point iliaque droit 2 kil. 1/2, au point mésentérique inférieur 2 kilogrammes, au point iliaque gauche 2 kil. 1/2.

Chez l'autre, il fallait une pression de 4 kil. 1/2 au point mésentérique supérieur, 2 kilogrammes au point mésentérique inférieur.

OBSERVATION XIV. — M. C... cinquante-huit ans : crises de diarrhée, pas de vomissements, ébauche de respiration de Cheyne-

Stokes. Sensibilité épigastrique : 3 kilogrammes ; mésentérique supérieure : 1 kil. 1/2 ; mésentérique inférieure : 2 kil. 1/2 ; iliaque droite : 3 kilogrammes ; iliaque gauche : 4 kilogrammes. Hyperesthésie superficielle de tout le ventre droit ; ganglions cervicaux inférieur et moyen droits, un peu douloureux.

β) Les intoxications exogènes aiguës : l'*intoxication oxalique* (sel d'oseille), l'*intoxication arsenicale*, l'*intoxication mercurielle*, etc..., produisent également des troubles sensitifs.

OBSERVATION XV. — M^{me} X..., vingt-trois ans, concierge, aurait absorbé à 5 h. 1/2 du soir quatre paquets de sublimé de 25 centigrammes ; premier vomissement à 8 heures du soir, un deuxième vomissement deux heures après. Dans la nuit, et pendant deux jours : violentes douleurs épigastriques, brûlures, douleur spontanée dans tout l'abdomen, mais surtout le long du côlon transverse.

Diarrhée abondante, selles nombreuses, contenant des glaires et macroscopiquement du sang.

Le troisième jour la diarrhée est remplacée par de la constipation. Les urines contiennent un louche d'albumine qui disparaît le second jour.

Trois jours après l'ingestion du sublimé, la sensibilité abdominale était : au point épigastrique, de 4 kil. 1/2 ; point mésentérique supérieur : 4 kil. ; point mésentérique inférieur : 4 kil. 1/2 ; point iliaque droit : 4 kil. 1/2 ; point iliaque gauche : 5 kilogrammes.

Le septième jour la sensibilité était très augmentée ; point épigastrique : 3 kilogrammes ; point mésentérique supérieur : 2 kilogrammes ; point mésentérique inférieur : 2 kil. 1/2 ; point iliaque droit : 3 kilogrammes ; point iliaque gauche : 2 kil. 1/2.

Pas d'hyperesthésie superficielle.

γ) Les intoxications exogènes chroniques comme le *théisme*, le *caféisme*, le *tabagisme*, l'*alcoolisme*, le *saturnisme*, etc..., retentissent également sur l'excitabilité des plexus abdominaux.

Chez les éthyliques, il est de règle de trouver, non seulement de l'hyperesthésie des points abdominaux, mais de toutes les zones sympathiques extra-abdominales, en même temps que de l'hyperesthésie superficielle, de la douleur à la pression des masses musculaires et des symptômes d'excitation cérébro-médullaire.

L'hyperesthésie abdominale s'accompagne d'ailleurs, le plus souvent, des symptômes digestifs : pituites, dyspepsie, gastrite, etc...

Les saturnins présentent des modifications de la sensibilité cœliaque, satellites le plus souvent des troubles gastro-intestinaux, de la constipation et surtout de la colique de plomb.

Nous avons examiné quelques saturnins et nous avons trouvé rarement l'hyperesthésie du plexus cœliaque (épigastrique et mésentériques supérieur et inférieur), dans plus de la moitié des cas une diminution notable de la sensibilité de ces mêmes plexus, mais exceptionnellement une anesthésie aussi marquée que dans le tabes.

Citons trois des observations qui nous ont semblé le plus démonstratives.

OBSERVATION XVI. — M. L..., cinquante-huit ans, peintre en bâtiments. Trois coliques de plomb, pas de paralysie saturnine mais sciatique gauche, il y a dix ans; liséré de Burton.

Albuminurie abondante; tension artérielle : 27 1/2.

Réflexes rotuliens, achilléens, crémastérien et lumino-pupillaires conservés, réflexes abdominaux abolis.

Sensibilité épigastrique : 3 kil. 1/2.

Point mésentérique supérieur : 3 kil. 1/2.

Point mésentérique inférieur : 4 kilogrammes.

Points iliaques et promontorien : sensibilité normale.

OBSERVATION XVII. — M. B..., quarante-deux ans, soudeur. Liséré de Burton, deux coliques de plomb. Est venu consulter pour une douleur spontanée sus- et para-ombilicale, vomissements, constipation, spasme du côlon ascendant. Sensibilité à la pression très diminuée :

Point épigastrique : 5 kilogrammes.

Point mésentérique supérieur : 4 kil. 1/2.

Point mésentérique inférieur : 4 kilogrammes.

Points iliaques droit et gauche : 3 kil. 1/2.

Réflexes tendineux et pupillaires normaux.

OBSERVATION XVIII. — M. G..., trente-cinq ans, peintre en bâtiments. Liséré de Burton, trois coliques de plomb. Grosse albuminurie, œdème des membres inférieurs.

Diminution des réflexes rotuliens; réflexes oculaires normaux.

Point épigastrique : 2 kilogrammes.

Point mésentérique supérieur : 2 kil. 1/2.

Point mésentérique inférieur : 2 kilogrammes.

Point iliaque droit : 5 kilogrammes.

Point iliaque gauche : 6 kilogrammes.

δ) Les *dyscrasies* : comme la *goutte*, l'*oxalémie*, le *diabète* augmentent l'excitabilité des plexus abdominaux ; mais si le diabète détermine parfois de l'hyperesthésie, beaucoup plus souvent on constate de l'hypoesthésie au cours de cette maladie.

Les *altérations* des *glandes à sécrétion interne* semblent former une étiologie importante des *cœlialgies* : nous citerons plus loin la *maladie de Basedow* ou *hyperthyroïdie*. Citons ici l'*insuffisance ovarienne* ; en voici un exemple :

OBSERVATION XIX. — M^{me} G..., quarante-quatre ans : se plaint de douleurs abdominales et surtout épigastriques. Fut opérée trois fois par M. SEGOND : il y a dix ans, ablation de l'ovaire gauche ; il y a trois ans : ablation de l'utérus, on laisse l'ovaire droit ; il y a deux ans, ablation de l'ovaire droit (kyste). Après la première opération la malade grossit de 10 kilos, et souffre un peu au creux épigastrique, la constipation apparaît. Après la troisième opération, la douleur épigastrique devient très vive, apparaît par crises : c'est une sensation de tiraillements, de pesanteur, accompagnée d'étouffement et de spasme de l'œsophage, de palpitations, de somnolence.

A l'examen, tremblement, hyperesthésie épigastrique superficielle. Douleur vive à la pression des points épigastrique, mésentériques supérieur et inférieur, iliaques droit et gauche, promontorien, cervicaux moyens, mammaire gauche.

MM. CHIARI et A. FROHLICH, de Vienne, ont montré récemment (*Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, 14 février 1911) que la *décalcification* est une cause d'exagération de l'excitabilité du système nerveux végétatif. Or, les acides et notamment l'acide oxalique, précipitant la chaux de l'organisme, augmentent l'excitabilité du système végétatif : cette excitabilité se mesurant par les réactions sympathiques à l'adrénaline, à la pilocarpine : expériences de CHIARI et FROHLICH sur le chat intoxiqué par l'acide oxalique, l'oxalate de soude,

l'arsenic : acide arsénieux, arsénique, etc. ; le sublimé, le chlorure de sodium : acide chlorhydrique. L'acidose du diabète (acide diacétique et β oxybutyrique) serait la cause de l'hyperexcitabilité des nerfs végétatifs observée après résection du pancréas chez le chat et chez le chien (LÆWI), chez l'homme, dans certains cas de diabète sucré (GERHARD et SCHLESINGER, 1899, ont établi l'existence de la décalcification dans le diabète). L'injection préalable de chlorure de calcium empêche l'effet excitant de la résection pancréatique, de l'intoxication acide (par exemple : oxalique) ; parfois l'injection postérieure de chlorure de calcium fait disparaître cette hyperexcitabilité.

La décalcification semble donc être un facteur très important de cœlialgie (en même temps que de troubles moteurs, vasomoteurs et sécrétoires gastro-intestinaux : c'est-à-dire dyspepsie hypersthénique, spasme, mucorrhée, colite muco-membraneuse.)

Rappelons à ce sujet que M. LÆPER (Société médicale des Hôpitaux, juillet 1910) a insisté sur les spoliations calcaires intestinales dans les entérites et les dyspepsies. C'est peut-être en produisant la décalcification que l'intoxication acide, les diverses *acidoses*, et notamment le diabète et l'oxalémie, l'acidose biliaire (ictère), la goutte, etc., seront des causes de cœlialgie.

MM. LÆPER et BINET ont insisté (Société médicale des Hôpitaux, avril 1910) sur la coïncidence de douleurs épigastriques et d'oxalémie : d'ailleurs ces auteurs rapportent la cœlialgie à l'élimination de l'acide oxalique par l'estomac et non à une décalcification oxalique.

b) LES INFECTIONS GÉNÉRALES, chroniques ou aiguës, comme la *pneumonie*, le *paludisme*, la *tuberculose* peuvent, au cours de leur évolution, déterminer des localisations intestinales ; mais bien souvent, sans lésions intestinales, on trouve une hyperesthésie plus ou moins accentuée des plexus abdominaux.

α) Citons les observations suivantes de *pneumonie* :

OBSERVATION XX. — M^{lle} G..., vingt-neuf ans, au onzième jour de la maladie. D'abord pneumonie du sommet gauche, puis nouveau foyer d'hépatisation à droite depuis trois jours.

Deux ou trois selles diarrhéiques dans la journée.

Point épigastrique : 4 kil. 1/2.

Point mésentérique supérieur : 4 kilogrammes.

Point iliaque droit : 4 kilogrammes.

Point mésentérique inférieur : 2 kil. 1/2.

Point iliaque gauche : 3 kilogrammes.

OBSERVATION XXI.—M. D..., trente-deux ans, boulanger, pneumonie droite, huitième jour.

Point épigastrique : 4 kilogrammes.

Point mésentérique supérieur : 3 kil. 1/2.

Point iliaque droit : 3 kilogrammes.

Point mésentérique inférieur : 3 kilogrammes.

Point iliaque gauche : 3 kil. 1/2.

Réflexes rotuliens normaux.

β) Dans un cas de *paludisme* chez un homme de trente-huit ans, le lendemain d'un accès de fièvre, nous avons trouvé une sensibilité très vive et diffuse des plexus abdominaux.

γ) Nous avons examiné vingt *tuberculeux* qui ne présentaient pas de troubles intestinaux et qui étaient à la première ou à la seconde période de leur maladie.

Dans quatorze cas il existait une hyperesthésie assez vive aux points mésentérique supérieur et iliaque droit surtout, parfois aux points mésentérique inférieur et iliaque gauche, moins souvent encore aux points épigastrique et promontorien.

Chez deux malades l'hyperesthésie était généralisée; une pression, même légère, réveillait la douleur en dehors même des points d'élection que nous avons décrits.

Chez les quatre derniers la sensibilité était à peu près normale, il fallait des pressions de 5 kilogrammes pour produire la douleur.

Dans la phase terminale de leur affection les tuberculeux présentent presque constamment de l'hypoesthésie de leur sympathique abdominal. On peut considérer cette hypoesthésie comme l'expression locale de l'asthénie générale.

OBSERVATION XXII. — M^{me} L..., quarante-trois ans, mécanicienne, ne présente que des craquements au sommet gauche.

On réveille la sensibilité par une pression de 3 kilogrammes au point épigastrique, de 1 kilogramme au point mésentérique supérieur, de 1 kil. 1/2 au point iliaque droit, de 3 kilogrammes au point iliaque gauche, 1 kilogramme au point mésentérique inférieur, 3 kil. 1/2 au point promontorien. Pas d'hyperesthésie superficielle. Les ganglions cervicaux moyens et inférieurs sont douloureux à la pression, surtout à gauche. Les réflexes rotuliens sont légèrement exagérés. Notons que cette malade présentait depuis longtemps des pertes blanches et que la sensibilité promontorienne, associée à la sensibilité du point mésentérique inférieur, présente un rapport avec les troubles génitaux.

OBSERVATION XXIII. — M^{me} B..., quarante ans, brocheuse : le début de la maladie remonte à trois ans : n'a jamais eu d'hémoptysies ni de troubles intestinaux. Tuberculose du sommet gauche : deuxième degré ; modification du murmure vésiculaire au sommet droit et quelques craquements.

Point épigastrique : 1 kilogramme.

Point mésentérique supérieur : 2 kil. 1/2.

Point mésentérique inférieur : 2 kilogrammes.

Point iliaque droit : 3 kilogrammes.

Point iliaque gauche : 2 kil. 1/2.

Réflexes rotuliens normaux ; ni points sympathiques cervicaux, ni point promontorien. Pas d'hyperesthésie superficielle.

OBSERVATION XXIV. — M. L..., vingt-neuf ans, épiciier. Début il y a un an, dit-il, mais s'enrhume facilement tous les hivers depuis de nombreuses années. Une hémoptysie en juillet 1910. Grosse caverne du sommet droit ; pas de troubles intestinaux mais amaigrissement considérable :

Point épigastrique : 5 kilogrammes.

Point mésentérique supérieur : 4 kilogrammes.

Point mésentérique inférieur : 4 kil. 1/2.

Point iliaque droit : 2 kilogrammes.

Point iliaque gauche : 3 kilogrammes.

Réflexes rotuliens normaux, pas de points cervicaux.

OBSERVATION XXV. — M^{me} L..., trente-quatre ans, repasseuse. Le début de la maladie remonterait à quatre ans ; aurait eu déjà cinq hémoptysies assez abondantes. Très cachectique : œdème des membres inférieurs. Amaigrissement extrême. Meurt deux jours après l'examen.

Point épigastrique : 5 kilogrammes.

Point mésentérique supérieur : aucune sensibilité.

Point mésentérique inférieur : 5 kilogrammes.

Point iliaque droit : 4 kil. 1/2.

Point iliaque gauche : 5 kilogrammes.

δ) Diverses *affections du système nerveux*, organiques ou fonctionnelles, peuvent produire des troubles sensitifs abdominaux.

Le *tabes* donne le plus souvent de l'hypoesthésie des plexus abdominaux, mais tout à fait exceptionnellement la sensibilité cœliaque est exagérée. Nous rapporterons nos observations sur le *tabes* au chapitre des hypoesthésies.

Citons encore la *paralyse générale*, la *sclérose en plaque*, la *syringomyélie* (cas de LÆPER : *Leçons de pathologie digestive*, page 131 : Crise entéralgique typique avec diarrhée abondante, hyperesthésie des centres nerveux abdominaux, surtout gauches, et hypoesthésie cutanée dans la région iliaque droite, chez un syringomyélique de quarante ans).

La *maladie de Basedow*, considérée par certains auteurs comme une névrose bulbaire, est une maladie où les réactions nerveuses sont très accentuées, elle s'accompagne de manifestations sympathiques généralisées et notamment abdominales. Citons-en l'observation suivante :

OBSERVATION XXVI. — M^{me} V..., trente-sept ans : tremblement menu, vibratoire; tachycardie à 135; exophtalmie légère, regard brillant; sueurs; tuméfaction du corps thyroïde, surtout du lobe droit.

Hyperesthésie cutanée dans le domaine des III^e et IV^e nerfs cervicaux droits. Douleur à la pression des ganglions sympathiques cervicaux, surtout à droite. Douleur aux points épigastrique, mésentérique supérieur et inférieur, iliaques droit et gauche.

Parfois ce sont des *névralgies intercostales* ou des *radiculites*, zostéroïdes ou non, des espaces thoraciques inférieurs qui retiennent sur le plexus cœliaque : rappelons à ce sujet le travail de M. LÆPER dans les *Archives des Maladies de l'appareil digestif*, de Mathieu, 1910, n^o 4, et citons l'observation suivante :

OBSERVATION XXVII. — M^{me} A..., trente-sept ans, ménagère. Vient consulter pour des douleurs gastriques. Il y a deux mois. douleur au

niveau des derniers espaces intercostaux droits avec irradiation entre les deux épaules, douleur exacerbée par les repas. Il y a un mois la douleur gagne, du côté gauche, les derniers espaces intercostaux remontant jusqu'à la région mammaire : la douleur du côté droit avait alors disparu. Pendant les exacerbations de la douleur intercostale droite, puis de la douleur intercostale gauche la malade ressentit des troubles gastriques : douleur épigastrique empêchant l'alimentation, parfois vomissements muqueux la nuit. Puis les douleurs intercostales gauches disparurent à leur tour et la douleur au creux épigastrique demeura seule.

Actuellement, quoique la douleur intercostale n'existe plus, on retrouve une hyperesthésie très nette des espaces intercostaux inférieurs droits et gauches, qui furent le siège des névralgies antérieures.

La pression décèle une hyperesthésie profonde très vive au creux épigastrique, assez vive au point mésentérique supérieur, légère au point mésentérique inférieur.

Souvent, toute cause locale intestinale ou extra-intestinale faisant défaut, on est amené à invoquer l'origine centrale des cœlialgies, secondaires sans doute à quelque méiopragie ou intoxication des centres nerveux bulbo-médullaires. On parle alors de *sujets névropathiques*.

Les observations suivantes seront sans doute assez démonstratives :

OBSERVATION XXVIII. — M^{me} Marguerite P..., quarante-trois ans, modiste. Grands chagrins il y a deux mois. Depuis, sensation d'étouffement, de poids sur la poitrine, palpitations (sans tachycardie), sensation de constriction thoracique ou au contraire de gonflement et d'éclatement de la poitrine.

Picotements précordiaux, mammaires.

Parfois douleur dans l'hypocondre droit ou gauche : surtout hyperesthésie superficielle au frôlement des vêtements.

Parfois crises douloureuses à début abdominal, soit épigastrique, soit appendiculo-ovarien. Sensation de ballonnement du ventre (qui est rétracté, contracturé) ; hyperesthésie superficielle ; la douleur est suivie d'angoisse, de sensation de mort prochaine, d'étouffement, de palpitations, de douleurs dans le dos, de bouffées de chaleur, de rougeur de la face, de sueurs, de crises de larmes.

Douleur provoquée en tous les points d'élection de l'abdomen : épigastrique, mésentériques, iliaques.

Contracture abdominale vive au moindre contact; hyperesthésie superficielle très accentuée.

Points mammaires (droit et gauche), cervicaux, point de la nuque, clou pariétal, point scapulaire.

Réflexes rotuliens très exagérés.

Diminution de l'anxiété, des troubles vaso-moteurs et surtout de l'hyperesthésie abdominale après le traitement par la belladone, le bromure de camphre, les bains chauds, l'alitement et l'isolement.

OBSERVATION XXIX. — M. S..., vingt-huit ans. Grands chagrins; depuis, sensation de ballonnement abdominal aussi bien avant qu'après les repas, sensation d'étouffement, pas de tachycardie.

Poins douloureux nombreux : épigastrique, mésentériques surtout; hyperesthésie superficielle du 7^e espace intercostal gauche et douleur à la pression de la 7^e vertèbre dorsale. Point mammaire gauche.

2^e ÉTIOLOGIE DES HYPOESTHÉSIES

Il est beaucoup moins fréquent d'observer la diminution que l'exaltation de la sensibilité des plexus abdominaux. Il n'est pas rare que la même cause puisse donner des accidents sensitifs, soit par déficit, soit par excès. Le tabes peut être pris comme type de cette étiologie à double face, capable d'amener soit l'hyperesthésie, soit l'hypoesthésie et même, tour à tour, l'exaltation ou l'abolition de la sensibilité abdominale.

Dans cette étude étiologique comme dans la précédente on peut distinguer, de manière schématique, des causes locales et des causes générales d'hypoesthésie. Mais cette division n'a pas grande valeur anatomo-pathologique et pathogénique, car dans tous les cas d'hypoesthésie, il faut incriminer une action locale de l'affection déterminante, soit une imprégnation toxique formant un simple trouble fonctionnel, soit plus souvent une névrite dégénérative des plexus nerveux abdominaux.

a) Le TABES : Le tabes mérite d'être considéré comme cause locale de troubles sensitifs solaires, puisqu'il réalise fréquemment la névrite des plexus sympathiques de l'abdomen, et pour

le moins la radiculite, ainsi que J.-CH. ROUX l'a montré dans sa thèse.

Pour J.-CH. ROUX, il y a disparition de la moitié des fibres fines à myéline dans le nerf splanchnique et dans le cordon sympathique thoracique et cervical. J.-CH. ROUX a trouvé dans 7 cas : 3 fois l'abolition, 2 fois la diminution, 2 fois la conservation de la sensibilité épigastrique. Pourtant, dans les sept cas, on trouva à l'autopsie la raréfaction des fibres fines à myéline. PITRES en 1898 a trouvé sur 50 tabétiques examinés : 28 fois la sensibilité épigastrique normale, 13 fois diminuée et 9 fois abolie.

TARDIF a trouvé dans 24 cas : 7 fois la sensibilité épigastrique normale, 9 fois diminuée, 8 fois abolie.

Nous avons étudié chez 14 tabétiques la sensibilité non seulement du point épigastrique, mais de tous les plexus abdominaux. Nous avons trouvé qu'elle était le plus souvent très diminuée ou abolie : 10 fois sur les 14 malades examinés, cette diminution portant à la fois sur tous les points abdominaux, mais généralement plus accentuée aux points épigastrique, mésentérique supérieur et mésentérique inférieur.

Cette anesthésie se rencontre même lorsque le tabes est à sa phase initiale, alors qu'on trouve seulement de l'abolition des réflexes achilléens, le signe d'ARGYLL, de la lymphocytose rachidienne et une réaction de WASSERMANN positive dans le liquide céphalo-rachidien. Dans le tiers des cas, nous avons trouvé également une analgésie plus ou moins prononcée, mais surtout marquée au creux épigastrique.

Cette abolition de la sensibilité persiste parfois pendant les crises gastriques, intestinales ou viscérales, et J.-CH. ROUX a montré que dans bien des cas de crise gastrique, on ne trouvait de l'hyperesthésie que dans les espaces intercostaux dont les nerfs ne sont pas atteints par la névrite tabétique.

Mais le plus souvent la crise gastrique réveille, de façon transitoire, la sensibilité épigastrique. En dehors même des crises gastriques, nous avons observé une tabétique présentant une sensibilité très vive des plexus abdominaux, mais nous n'avons

trouvé qu'une seule fois cette hyperesthésie sur les quatorze tabétiques examinés. Citons ce cas :

OBSERVATION XXX. — M^{me} B..., cinquante ans, cuisinière, venue à l'hôpital pour de violentes crises gastriques, sans troubles dyspeptiques dans l'intervalle des crises.

Tabes fruste : réflexes rotuliens normaux, achilléens abolis, lumineux paresseux surtout à droite, inégalité pupillaire, signe de Romberg. On fait une ponction lombaire de 30 centimètres cubes : liquide céphalo-rachidien clair, hypertendu, lymphocytose très abondante : 450 à 200 lymphocytes par champ microscopique, Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien. Sensibilité abdominale : point épigastrique, 1 kil. 1/2; mésentérique supérieur, 1 kilogramme; mésentérique inférieur, 1 kil. 1/2; iliaque droit, 2 kil. 1/2; iliaque gauche, 2 kilogrammes. Hyperesthésie très vive des deux derniers espaces intercostaux. Thermo-sensibilité normale, pas d'anesthésie au contact, ni de retard dans la perception; analgésie à la piqûre et au pincement de la peau sur une large bande allant, en arrière : de la 4^e à la 11^e côte, en avant : du bord supérieur du sein à la crête iliaque. Analgésie surtout marquée à toute la moitié gauche du corps. Vive hyperesthésie à la pression au niveau des 4^e, 5^e et 6^e vertèbres dorsales, un peu au niveau de la 7^e, surtout du côté gauche. Troubles vaso-moteurs et sudoraux très accentués : la sueur perle en grosses gouttes, formant une véritable ceinture, juste au niveau de la 12^e côte.

Enfin, chez trois tabétiques, la sensibilité était à peu près normale. Par exemple dans les deux observations suivantes :

OBSERVATION XXXI. — M^{me} Ch..., trente-sept ans, ménagère, ayant présenté six crises gastriques, et chez laquelle sont abolis les réflexes achilléens, rotuliens, pupillo-lumineux; on réveille la sensibilité épigastrique à une pression de 4 kilogrammes (un peu d'hypoesthésie superficielle); point mésentérique supérieur 6 kilogrammes, point mésentérique inférieur 4 kilogrammes, iliaque droit : sensibilité nulle, iliaque gauche : 4 kilogrammes.

OBSERVATION XXXII. — M. D..., quarante-huit ans : ataxie très accentuée : depuis trois ans ne marche plus; signe d'ARGYLL, inégalité pupillaire, abolition des réflexes achilléens, rotuliens, crémastérien, abdominal. Sensibilité épigastrique : 5 kilogrammes, mésentérique

supérieure : 5 kilogrammes, mésentérique inférieure : 5 kilogrammes, iliaques droite et gauche : 5 kilogrammes. Pas d'hypoesthésie superficielle.

Citons maintenant quelques cas d'hypoesthésie abdominale :

OBSERVATION XXXIII. — M. P..., cinquante-huit ans, tabétique : abolition des réflexes rotuliens et achilléens, pas d'abolition du réflexe lumino-pupillaire, peu d'ataxie, pas de douleurs fulgurantes, pas de crises gastriques. Mais rétention d'urine, urine par regorgement (la prostate ne paraît pas hypertrophiée). Liquide céphalo-rachidien clair, hypertendu, lymphocytose : 40 à 50 lymphocytes par champ microscopique. Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien. *Sensibilité abdominale nulle*. Pas d'analgésie à la piqure. Hypoesthésie à la face postérieure des jambes dans le territoire de la 5^e lombaire.

OBSERVATION XXXIV. — M^{me} B..., quarante-deux ans, légère amnésie, douleurs fulgurantes dans les jambes et a parfois « l'estomac serré comme dans un étau ». Vomit quelquefois après les repas, sans douleur.

Abolition des réflexes rotuliens, achilléens, du fascia lata, abolition du réflexe plantaire. Romberg. Retard dans la perception des sensations, erreurs de localisation, abolition du réflexe pupillo-lumineux.

Hypoesthésie abdominale superficielle. Hypoesthésie profonde des points épigastrique, mésentérique supérieur, mésentérique inférieur; sensibilité normale des points iliaques : 5 kilogrammes.

OBSERVATION XXXV. — M. L..., cinquante et un ans, tabes : signes de Westphal, d'Argyll, de Romberg. Démarche ataxique; pas de crises gastriques. Sensibilité complètement abolie à la pression des points épigastrique, mésentériques supérieur et inférieur, iliaques droit et gauche.

Légère hypoesthésie superficielle de toute la région sus-ombilicale.

b) Dans le DIABÈTE : il est fréquent de noter de l'abolition de la sensibilité des plexus abdominaux. Nous avons examiné quatre cas de diabète et nous avons toujours trouvé de l'hypoesthésie, et dans un cas de l'anesthésie franche. C'est ainsi qu'il faut pour éveiller une très légère douleur des pressions de 5 à 6 kilogrammes, au minimum.

Cette diminution de la sensibilité profonde s'accompagnait, dans un cas, d'hypoesthésie superficielle et d'abolition des réflexes rotuliens.

OBSERVATION XXXVI. — M. G..., soixante-cinq ans. Diabétique, cataracte depuis deux ans.

Sensibilité épigastrique : 4 kilogrammes.

Point mésentérique supérieur : 5 kilogrammes.

Point mésentérique inférieur : 5 kilogrammes.

Sensibilité iliaque ; nulle.

Hypoesthésie superficielle aux points épigastrique et mésentériques.

OBSERVATION XXXVII. — M. C..., cinquante-six ans, diabétique (40 grammes de sucre par litre d'urine), mal perforant plantaire depuis deux ans.

Abolition des réflexes rotuliens, achilléens, crémastérien, abdominal.

Réflexes oculaires normaux.

Sensibilité abdominale nulle. Sensibilité superficielle normale.

c) L'INTOXICATION ALCOOLIQUE peut produire des lésions du système sympathique et des troubles sensitifs solaires, de la même façon qu'elle donne des névrites périphériques. Aussi peut-on observer chez les éthyliques, comme dans le tabes, des accidents d'hyperesthésie (les plus fréquents) ou des accidents d'hypoesthésie abdominale (plus rares) ; de même l'exaltation de la sensibilité peut alterner avec son abolition, parfois même il semble qu'une phase d'hyperesthésie ait précédé la perte de la sensibilité. Il est souvent fréquent d'observer l'association de cette hypoesthésie abdominale avec des névrites périphériques, et cette association peut réaliser un syndrome tabétiforme d'un diagnostic délicat.

Dans un cas de paralysie alcoolique des membres inférieurs nous avons rencontré une disparition presque complète de la sensibilité abdominale profonde :

OBSERVATION XXXVIII. — M^{lle} Marie C..., point épigastrique : 6 kilogrammes ;

Points mésentériques supérieur et inférieur, iliaque droit : aucune douleur.

Point iliaque gauche : 5 kil. 1/2.

Point promontorien : 4 kil. 1/2.

Pas de modification de la sensibilité superficielle.

L'étiologie centrale cortico-bulbaire de la cœlialgie est manifeste à la suite de chagrins, d'ennuis, de surmenage. MILON a mesuré la sensibilité épigastrique d'un candidat à un concours : à mesure que l'heure de la composition approchait, la sensibilité cœliaque devenait plus vive. L'ascension de l'hyperesthésie survécut quelque temps à la composition, mais la sensibilité subit une dépression quand le sujet apprit son échec et elle revint à la normale quand le sujet fut consolé de ses déboires ¹.

1. Cf. articles de J.-Ch. Roux « sur les variations de la sensibilité gastro-intestinale ». *Journal des Praticiens*, 18 février 1941.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1^o ANATOMIE PATHOLOGIQUE HUMAINE

LAIGNEL-LAVASTINE dans sa thèse sur le plexus solaire a trouvé des lésions du plexus dans une multitude de cas : tuberculose, cancer localisé au plexus, fièvre typhoïde, variole, pneumonie, pleurésie purulente, septicémie, diphtérie, hérédosyphilis, urémie, saturnisme, péritonite aiguë ou chronique, pyogène ou tuberculeuse, tuberculose aiguë ou chronique (lésion légère), cachexie cancéreuse, asystolie, fracture du rachis, myélite, polynévrite, rhumatisme articulaire, tétanos et diphtérie, syndrome de Raynaud, sclérose en plaques, paralysie générale, démence sénile, tabes, syndrome d'Addison.

Les altérations toxi-infectieuses et de cause éloignée (médullaire) sont les plus importantes. Ce sont ou des lésions interstitielles ou des lésions parenchymateuses selon l'intensité et la rapidité du processus pathologique.

1^o Les lésions *interstitielles* consistent en congestion passive, en infiltration diffuse ou nodulaire de petites cellules rondes, en transformation scléreuse;

2^o Les lésions *parenchymateuses* rencontrées portent sur la cellule nerveuse qui est altérée : rétraction de la cellule loin de sa capsule, déformation globuleuse, migration périphérique du noyau, neuronophagie; pigmentation, transformation granuleuse, trouble, mucoïde, vitreuse ou laquée du protoplasma, chromatolyse, dégénérescence vacuolaire, caryolyse.

Pour ce cas, la pollution est due à une
cause accidentelle, et n'est pas une pollution habituelle.

Les eaux sont alors considérées comme polluées à des
dates déterminées. La date est celle où l'écoulement des
eaux est interrompu, ou où l'écoulement est interrompu
pour une durée déterminée par un acte de la
justice ou par un acte de la justice. La date est celle où
l'écoulement des eaux est interrompu, ou où l'écoulement
est interrompu pour une durée déterminée par un acte de la
justice ou par un acte de la justice. La date est celle où
l'écoulement des eaux est interrompu, ou où l'écoulement
est interrompu pour une durée déterminée par un acte de la
justice ou par un acte de la justice.

Les eaux sont alors considérées comme polluées à des
dates déterminées. La date est celle où l'écoulement des
eaux est interrompu, ou où l'écoulement est interrompu
pour une durée déterminée par un acte de la
justice ou par un acte de la justice. La date est celle où
l'écoulement des eaux est interrompu, ou où l'écoulement
est interrompu pour une durée déterminée par un acte de la
justice ou par un acte de la justice. La date est celle où
l'écoulement des eaux est interrompu, ou où l'écoulement
est interrompu pour une durée déterminée par un acte de la
justice ou par un acte de la justice. La date est celle où
l'écoulement des eaux est interrompu, ou où l'écoulement
est interrompu pour une durée déterminée par un acte de la
justice ou par un acte de la justice.

ARTICLE 10. — De la pollution habituelle.

Les eaux sont alors considérées comme polluées à des
dates déterminées. La date est celle où l'écoulement des
eaux est interrompu, ou où l'écoulement est interrompu
pour une durée déterminée par un acte de la
justice ou par un acte de la justice. La date est celle où
l'écoulement des eaux est interrompu, ou où l'écoulement
est interrompu pour une durée déterminée par un acte de la
justice ou par un acte de la justice. La date est celle où
l'écoulement des eaux est interrompu, ou où l'écoulement
est interrompu pour une durée déterminée par un acte de la
justice ou par un acte de la justice.

CHAPITRE VI

DE LA MANIÈRE DES PLANTES ANCIENNES.

DE LA MANIÈRE DES PLANTES ANCIENNES.

Les plantes anciennes ont une forme particulière, et une manière de croître qui leur est propre.

Les plantes anciennes ont une forme particulière, et une manière de croître qui leur est propre. Elles ont une forme particulière, et une manière de croître qui leur est propre.

Les plantes anciennes ont une forme particulière, et une manière de croître qui leur est propre. Elles ont une forme particulière, et une manière de croître qui leur est propre. Elles ont une forme particulière, et une manière de croître qui leur est propre.

Les plantes anciennes ont une forme particulière, et une manière de croître qui leur est propre. Elles ont une forme particulière, et une manière de croître qui leur est propre. Elles ont une forme particulière, et une manière de croître qui leur est propre.

ne correspond à aucun viscère. Dans les cas où l'on a pu obtenir des radiographies de l'appendice (AUBOURG), il serait facile de reconnaître que le point mésentérique supérieur et le point iliaque ne répondent pas au vermis.

On a récemment, dans certains cas d'ulcères de l'estomac, dissocié la douleur épigastrique extra-viscérale, simple cœlialgie, de la douleur viscérale concomitante, répondant à la lésion ulcéreuse même, ainsi que le montrait la radioscopie.

De plus, la douleur des plexus digestifs, comme des points sympathiques en général, a des caractères particuliers : suivant l'expression des malades elle « porte au cœur » ; d'autres fois elle provoque des nausées ; parfois elle réalise un syndrome l'excitation sympathique : rougeur de la face, bouffées de chaleur, sueurs, tachycardie, palpitations, dyspnée, sensation d'étouffement, *angoisse*.

Enfin il existe un autre moyen de diagnostic : c'est le *traitement d'épreuve* : les cœlialgies sont réduites par le traitement antispasmodique, dépresseur du sympathique : belladone, bromure de camphre, grands bains chauds, alitement, isolement, recalcification

2° LES ERREURS DE DIAGNOSTIC PROVOQUÉES PAR LES POINTS ABDOMINAUX

A. — *Point épigastrique.*

Le point épigastrique est rarement constaté isolément ; le plus souvent il est associé à des symptômes gastriques ou intestinaux. Parfois cependant la douleur existe seule, spontanée ou provoquée.

Ainsi, le diagnostic d'un point épigastrique se présente de deux façons différentes : soit associé à d'autres symptômes, soit isolé.

a) Dans le premier cas : IL EXISTE DES SYMPTÔMES ASSOCIÉS ; ce sont, le plus souvent, des symptômes d'hyperchlorhydrie ou de

dyspepsie hypersthénique : brûlures, pyrosis, douleur spontanée, douleur à la pression, qui peuvent faire songer à une hyperchlorhydrie compliquée secondairement d'*ulcus*, quand en réalité il s'agit d'une simple hyperesthésie solaire très accusée chez un sujet prédisposé.

Selon M. SAUPHAR (*thèse de Paris*, 1910), deux signes permettent de déceler ces formes d'*ulcus*, qu'il soit gastrique ou duodénal (c'est-à-dire juxta-pylorique, le plus souvent) : c'est d'abord la stase à jeun, très fréquente, mais qui peut manquer parfois, mais surtout la recherche des hémorragies occultes dans les selles, dans les vomissements, dans le liquide retiré soit à jeun, soit après un lavage d'estomac ou après un repas d'épreuve : si cette recherche est négative, on peut éliminer le diagnostic d'*ulcus*.

Parfois la douleur épigastrique a été signalée au cours de l'*appendicite* ; le plus souvent, il s'agit de douleurs irradiées, et l'on retrouve dans ces cas l'hyperesthésie du point mésentérique supérieur et parfois de tous les plexus abdominaux ainsi que le syndrome de réaction péritonéale de la crise appendiculaire.

De même, la *colique hépatique* peut avoir sa douleur prédominante au point épigastrique, mais elle s'accompagne alors, au moins dans les premières crises, de nausées, de vomissements, souvent de fièvre et parfois de subictère.

Les *crises gastriques du tabes* : s'accompagnent de troubles fonctionnels : nausées, vomissements incoercibles ; la douleur épigastrique n'est donc pas isolée, le diagnostic est facile, il faut seulement songer à dépister le tabes. Il est cependant des cas où l'origine tabétique des accidents peut être délicate à découvrir : ainsi l'abolition des réflexes rotuliens peut ne pas exister et, si l'on manquait à rechercher l'abolition des réflexes achilléens, on éliminerait à tort le diagnostic de tabes. Parfois il s'agit d'un tabes supérieur et toute abolition des réflexes tendineux rotuliens et achilléens fait défaut, mais le signe d'Argyll-Robertson, la lymphocytose rachidienne attestent la lésion ataxique. Dans les cas douteux on aurait recours à la réaction de Wassermann. Rarement un examen rapide et sommaire pourrait induire en erreur et faire porter à tort un diagnostic de tabes : par exemple

en présence du syndrome suivant, qui peut se rencontrer chez un éthylique : diminution des réflexes rotuliens, diminution et paresse extrême du réflexe lumineux de la pupille, troubles de la marche et douleur épigastrique plus ou moins intense. Enfin il n'est pas rare de voir, chez des tabétiques, des douleurs intercostales remplacer la douleur épigastrique : le malade accomplit sa crise non plus au creux épigastrique, mais dans les derniers espaces intercostaux (*thèse* de J.-Ch. Roux, 1900), c'est-à-dire dans le territoire nerveux superficiel qui correspond aux métamères gastriques, aux neuromères cœliaques. Il sera délicat alors de reconnaître dans un syndrome de névralgie intercostale l'équivalent d'une crise gastrique, d'un point douloureux épigastrique.

De même l'*angine de poitrine* vraie des scléreux hypertendus peut, sinon dans les premières crises, du moins dans les accidents tardifs, localiser sa douleur au point épigastrique : ce sont les fausses gastralgies de HUCHARD. Dans ces cas, la douleur rétro-sternale peut manquer complètement : c'est après les repas, surtout les repas copieux, et la nuit, qu'apparaît une douleur localisée à l'épigastre, sans irradiations cervicale ou brachiale.

Le diagnostic se fera par la constatation d'une hypertension manifeste, exagérée pendant les crises douloureuses ; par la notion de crises d'angine de poitrine typique antérieure, par la coexistence de poussées d'œdème pulmonaire (MERKLEN, Paul TEISSIER).

Dans le faux *angor pectoris* on observe l'irradiation solaire, l'hyperesthésie épigastrique accompagnée d'hyperesthésie superficielle en placard, au niveau de l'épigastre, de la région cardiaque, etc... L'hyperesthésie superficielle persiste lorsque la crise douloureuse est terminée et elle s'accompagne d'une hyperesthésie profonde, signe de névralgie sourde, à la pression des espaces intercostaux inférieurs et du point épigastrique, parfois aussi des autres points sympathiques abdominaux et cervicaux.

Les *adhérences péritonéales*, la *périgastrite*, quelle qu'en soit l'étiologie, peuvent réaliser un syndrome purement douloureux, l'hyperesthésie spontanée et provoquée du point épigastrique. Mais le plus souvent cette douleur s'accompagne d'un syndrome

dyspeptique banal, soit hyposthénique, soit hypersthénique, de vomissements. Le diagnostic se fait surtout par la radioscopie (déformations de l'estomac, biloculation, immobilité de la portion pylorique, etc.).

La *surrénalité aiguë* donne une douleur violente au point épigastrique, mais celle-ci irradie rapidement à tout l'abdomen, et s'accompagne d'un syndrome péritonéal qui permet d'éliminer la simple crise névropathique.

La *pancréatite aiguë*, affection exceptionnelle, détermine une douleur épigastrique intense, mais elle s'accompagne d'un cortège de symptômes péritonéaux bruyants et l'évolution est rapidement mortelle.

La *pancréatite chronique*, bien plus fréquente, peut produire des crises douloureuses solaires, la névralgie cœliaque de FRIEDREICH. Le *cancer du corps du pancréas* possède pendant longtemps pour seul symptôme la douleur épigastrique intense avec amaigrissement excessif. Le chimisme intestinal, la glycosurie témoignent de l'insuffisance de la glande.

b) Enfin dans une deuxième classe de faits, qui nous intéresse beaucoup plus : l'HYPERESTHÉSIE ÉPIGASTRIQUE EXISTE SEULE.

On est consulté pour des douleurs survenues brusquement au creux épigastrique, très intenses, qui peuvent irradier dans le dos, dans les espaces intercostaux ; diffuser à tous les plexus abdominaux ; mais parfois aussi la douleur est strictement localisée au creux épigastrique. Même en l'absence de tout passé gastrique, on est en droit de songer à la perforation d'un ulcère latent de l'estomac, d'autant que le vomissement manque dans la règle.

Citons à ce propos l'observation suivante :

OBSERVATION XXXIX. — M. M..., 28 ans, amené à l'hôpital d'urgence, à onze heures du soir, en janvier 1908 et reçu en *chirurgie*. Il se plaignait d'une très vive douleur à l'épigastre, sans irradiations, apparue brusquement ; il n'avait ni nausées, ni vomissements, ni fièvre. On songea à une appendicite ou à une perforation d'ulcus latent, mais en l'absence de symptômes précis et d'indications opératoires, on se

contenta d'appliquer de la glace sur l'épigastre. Après deux jours de douleurs très vives sans symptômes nouveaux, le malade passe dans un service de médecine. On pratiqua un tubage de l'estomac ; quelques heures après le tubage la douleur disparaissait et le malade quittait l'hôpital, où il était resté en tout trois jours.

En janvier 1911, le malade vient consulter pour une crise douloureuse survenue brusquement à cinq heures de l'après-midi, sans prodromes. La douleur siégeait sous le rebord costal droit, au point cystique, et irradiait dans tout l'hémi-thorax droit : pas de nausées, pas de vomissements, pas de fièvre. La douleur disparaît complètement à 4 heure du matin. Le malade n'a jamais présenté de troubles dyspeptiques.

En juillet 1910, il se déclarait une lésion tuberculeuse du sommet droit : asthénie, amaigrissement, toux, expectoration légère, micropolyadénopathie, grosse rate. Réflexes rotuliens exagérés.

A la radioscopie : estomac normal, grosse rate, ganglions médiastinaux hypertrophiés, lésions tuberculeuses du sommet droit.

Par cet exemple, on voit que l'évolution des accidents permet d'éliminer l'idée d'une péritonite généralisée ou enkystée, car après quelques heures, parfois cependant seulement après vingt-quatre à quarante-huit heures, la douleur cesse *brusquement* comme elle était venue. On peut faire alors le diagnostic rétrospectif d'une simple *crise douloureuse solaire* chez un névropathe.

Enfin la douleur épigastrique, isolée, peut se présenter non plus sous la forme aiguë mais sous la *forme chronique*. Ce n'est plus la névralgie solaire violente que nous avons décrite, mais la névralgie solaire sourde, qui est en général une découverte d'examen. Le point épigastrique n'est, alors, qu'un élément d'un syndrome d'hyperesthésie abdominale profonde généralisée, parfois d'hyperesthésie sympathique diffuse de tout l'organisme, et pour ce point nous renvoyons aux observations que nous avons citées au chapitre II.

B. — *Erreurs de diagnostic auxquelles peuvent donner lieu les points mésentérique supérieur et iliaque droit (points pseudo-appendiculaires).*

Depuis les études de MM. LEVEN, MATHIEU et ROUX, qui montrèrent que la douleur épigastrique n'est pas une douleur viscé-

rale, gastrique, comme le pensaient CRUVEILHIER et BRINTON, il est admis, par la majorité des auteurs modernes, que l'existence isolée d'une douleur épigastrique, spontanée ou provoquée, ne suffit pas pour porter le diagnostic d'une affection gastrique ou abdominale.

Celui-ci doit se fonder sur les signes concomitants : la fièvre, les vomissements, l'hématémèse, le méléna, etc... En présence de cette douleur isolée il faut porter le diagnostic de *cœlialgie* (c'est ainsi que M. LÉPER désigne d'une façon générale la douleur du plexus solaire).

Dans un deuxième temps diagnostic on recherchera la cause de cette névralgie en épuisant successivement les diverses affections locales ou générales, toxiques ou infectieuses que nous avons énumérées au chapitre de l'étiologie.

Si l'on admet communément que la douleur épigastrique indique la souffrance du plexus cœliaque et non de l'estomac, non du viscère même, on admet au contraire que la douleur de la région appendiculaire indique la souffrance de l'appendice, du *viscère même* et non des plexus juxta-appendiculaires (plexus mésentérique supérieur, plexus hypogastrique). Aussi nombre de chirurgiens se croient autorisés à soupçonner l'appendice d'inflammation chronique et à le réséquer quand ils ont réveillé par la pression une sensibilité un peu vive dans cette partie de l'abdomen, en l'absence même de signes digestifs, et sur la simple coïncidence d'un léger amaigrissement, d'une asthénie peu marquée, « d'une diminution de l'appétit, d'un arrêt ou retard de la croissance, langue saburrale, haleine fétide, vomissements paroxystiques ou cycliques de l'enfant, dyspepsie atonique, dégoût de certains aliments (surtout viandes rouges et graisses), lenteur de la digestion, constipation, colite muco-membraneuse, pâleur, dysurie, pollakiurie, douleurs menstruelles, tristesse, modifications du caractère, teint jaunâtre, etc... » (tirés de la *Thèse de RIOU, 1903, inspirée par BROCA*).

Certains auteurs sont tentés de croire que n'importe quel symptôme vague, fruste, d'étiologie imprécise, joint à une douleur de la zone cæco-appendiculaire forme un binôme symp-

tomatique suffisant pour porter le diagnostic d'appendicite chronique et pratiquer la résection d'un organe souvent innocent, indemne de toute lésion et dont l'ablation peut amener quelquefois la disparition définitive ou passagère du symptôme digestif ou général associé, mais jamais celle du symptôme douleur. Parfois d'ailleurs, ne perdant pas courage, on conseille une seconde intervention afin de réséquer les adhérences ou le foyer d'épiloïte qui ne manquent pas d'être imaginés pour les besoins de la cause.

Enfin, quand l'appendice, l'épiploon (peut-être même les annexes ovaro-tubaires droites!) ont été réséqués, le malade souffre encore!

Citons ici, en les résumant, deux observations tirées de la thèse de Rieu :

OBSERVATION XL (Th. de Rieu, obs. XVI). — Edouard A..., appendicite chronique, dix ans et demi.

Depuis plusieurs années, douleur préombilicale et épigastrique, parfois vomissements alimentaires. Après deux crises de douleurs abdominales vives avec vomissements, fièvre, délire, constipation, on l'opère : pas d'adhérences, « muqueuse congestionnée et enflammée, catarrhale, avec un point de folliculite hémorragique à la base, grand comme un pois ».

Quatre mois après, douleurs sourdes périombilicales accompagnées de nausées ou de diarrhée. Le spasme du côlon descendant et ascendant persiste.

Un mois plus tard, l'enfant a *encore* de *petites douleurs périombilicales* et on le perd de vue.

OBSERVATION XLI (Th. de Rieu, obs. XXII). — Isabelle B..., dix ans,

Depuis dix mois souffre dans le côté droit du ventre pendant sept à huit jours, apparemment *sans fièvre*.

A différentes reprises, douleurs par crises s'accompagnant de pâleur de la face et d'altération des traits, vomissements et céphalée; entre les crises, nausées, anorexie; les crises reviennent tous les quatre ou cinq jours et s'accompagnent d'amaigrissement, on l'amène à la consultation.

Ventre souple, peut-être un peu moins à droite, douleur au point de Mac Burney, spasme du cæcum.

Opération : appendice gros, blanc, adhérent, épaissi, scléreux, pas

congestionné. Quatre mois après, elle *se plaint encore de douleurs abdominales* accompagnées de constipation avec selles muco-membraneuses comme avant l'opération.

Spasme du côlon. On institue le *régime de la colite muco-membraneuse qui amène une amélioration importante.*

Citons encore le cas suivant :

OBSERVATION XLII. — M^{me} D..., quarante-neuf ans, fleuriste.

Entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales prédominant dans la fosse iliaque droite, accompagnées de céphalée et de vertiges.

Depuis l'âge de dix-huit ans : vomissements au moment des règles et parfois dans l'intervalle, digestions pénibles.

Il y a six mois, elle entre à l'hôpital Cochin pour le syndrome suivant : vomissements, céphalée, vertiges et douleur abdominale droite.

On fit le diagnostic d'appendicite et on l'opéra.

Les vomissements disparurent après l'opération ; la céphalée, les vertiges, la *douleur abdominale* persistèrent.

A l'examen de l'abdomen, on trouve une légère hyperesthésie épigastrique, mais surtout le point mésentérique supérieur et le point iliaque droit présentent une sensibilité très vive ; on sent aisément les battements artériels au niveau du point douloureux iliaque.

A gauche, au point mésentérique inférieur et au point iliaque la douleur est légère.

Il existe une hyperesthésie superficielle très nette au niveau de tous ces points, mais surtout du côté droit.

Les points sympathiques cervicaux inférieurs et moyens sont douloureux surtout à droite.

Les réflexes rotuliens sont légèrement exagérés.

M. LEVEN, puis MM. LOEPER et ESMONET, eurent le mérite de montrer qu'il n'y a pas une seule douleur, mais plusieurs douleurs dans la région appendiculaire. Mais ce sont MM. LOEPER et ESMONET qui appliquèrent la notion de points nerveux juxta-ombilicaux droits au diagnostic des appendicites et des annexites, et de plus, ils montrèrent que ces douleurs pouvaient exister seules, sans troubles intestinaux, ni lésions viscérales formant un syndrome de pure *algie*.

Laissant au point de Lanz le privilège d'indiquer assez exac-

tement la souffrance du *viscère* appendiculaire enflammé, laissant au point de Mac Burney la valeur communément admise d'une douleur cæco-colique ou bien d'une simple hyperesthésie superficielle, satellite des irritations typhlo-appendiculaires, ils décrivirent deux douleurs qui ont leur siège, non plus dans les viscères, mais dans les plexus nerveux de cette région : le plexus mésentérique supérieur (point mésentérique supérieur) et le plexus hypogastrique à la bifurcation de

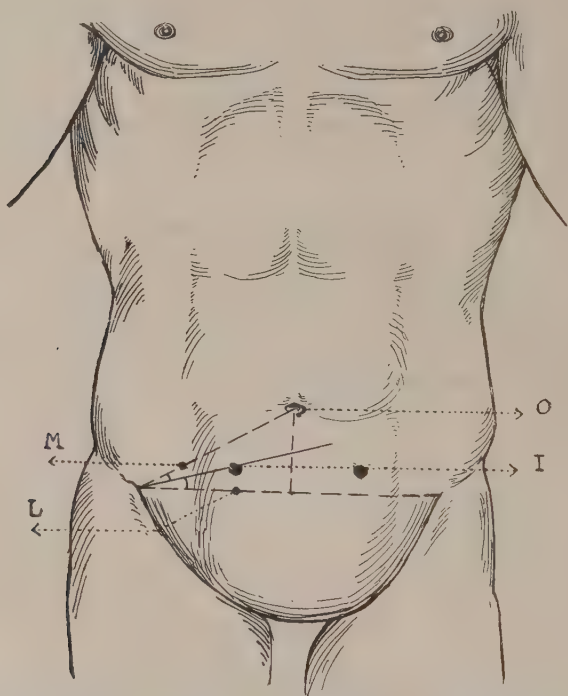


FIG. 6. — Les points douloureux de la fosse iliaque.
M, point de Mac Burney; L, point de Lanz; I, point iliaque; O, ombilic.

l'artère iliaque primitive (point iliaque droit). De plus, ils ont remarqué que la douleur des plexus nerveux juxta-appendiculaires est beaucoup plus fréquente que la douleur de l'appendice même.

Nous voudrions montrer qu'il faut traiter avec modération et avec quelque défiance les douleurs spontanées et provoquées de

la région appendiculaire ; en les comparant à la douleur épigastrique, nous serons amené à conclure qu'elles indiquent bien plus souvent la souffrance des plexus sympathiques que du viscère, et qu'elles sont à l'appendice (et à l'ovaro-salpinx) ce que le point épigastrique est à l'estomac, qu'elles ne peuvent servir au diagnostic des affections organiques appendiculo-annexielles qu'à la condition d'être associées à un syndrome de signes généraux, fonctionnels et physiques particuliers.

Ainsi, nous verrons que l'examen clinique méthodique permet peut-être de reconnaître les fausses appendicites, les fausses annexites, et d'épargner aux simples névropathes la « balafre » appendiculaire ou annexielle.

La douleur des points appendiculaires peut donner lieu à plusieurs diagnostics erronés, mais les hyperesthésies profondes de cette région font penser, le plus souvent, à une appendicite, à une annexite droite, à une colique néphrétique, à une crise de rein mobile, enfin, mais plus rarement, à une péricolite, à une pérityphlite, à une épiploite ou à des adhérences secondaires à une intervention chirurgicale sur cette région.

Rappelons, en effet, que la région où on observe ces points pseudo-appendiculaires : point mésentérique supérieur et point iliaque droit, est un véritable carrefour où on rencontre :

1° Au *point mésentérique supérieur*, le côlon ascendant, le cæcum, l'appendice, la portion terminale de l'iléon, l'uretère, le péritoine, l'épiploon ;

2° Le *point iliaque droit* répond à une région plus riche encore en rapports anatomiques. En effet, la bifurcation de l'iliaque primitive forme l'angle supérieur de la fossette décrite par WALDEYER où l'ovaire se loge momentanément. Souvent la trompe s'enroule autour de l'ovaire et l'enveloppe dans son méso ; l'uretère croisant la bifurcation de l'iliaque primitive décrit sa crosse et passe à la face antérieure de l'artère hypogastrique, formant avec elle le bord extérieur de la fossette ovarienne.

Il est assez rare que l'appendice bas situé, plongeant dans le bassin, entre en rapport immédiat avec la glande.

La bifurcation artérielle repose sur le psoas, qui, lui-même, couvre la fosse iliaque interne, c'est-à-dire l'ilion. Les artères sont flanquées de veines et accompagnées par une chaîne ganglionnaire importante.

En somme, les points mésentérique supérieur et iliaque droit répondent à un carrefour urinaire, appendiculaire, annexiel, musculaire, osseux, artériel, veineux, ganglionnaire, et enfin sympathique.

Les affections de ces divers organes s'accompagnent d'un syndrome douloureux qui leur est commun, mais elles ont des symptômes propres qui permettent de les différencier. Nous voulons montrer que les affections sympathiques de la région appendiculaire sont une pure douleur, ou s'accompagnent de symptômes purement sympathiques qui permettent de les différencier des lésions organiques des autres organes.

a) PSEUDO-APPENDICITES. — La douleur pseudo-appendiculaire peut se présenter sous un mode aigu ou chronique.

α) *Forme aiguë* : Dans le premier cas, un malade est amené d'urgence à l'hôpital et dirigé, en général, d'emblée vers un service de *chirurgie*. Si on ne découvre pas d'indications opératoires pressantes, on applique de la glace sur la région appendiculaire, restant prêt à intervenir.

Cependant, le malade ne présente pas de syndrome appendiculaire véritable : il s'agit d'une simple crise de névralgie du plexus mésentérique supérieur ou du plexus hypogastrique : il n'y a ni fièvre, ni nausées, ni vomissements, ni modifications du pouls.

Cependant, il semble que la fièvre soit le seul symptôme qui permet d'exclure à coup sûr l'appendicite organique, car la crise sympathique pourrait, suivant certains auteurs, s'accompagner de nausées, de vomissements, de tachycardie avec angoisse, de modification du facies avec tendance à la lipothymie, symptômes réflexes secondaires à la névralgie des plexus juxta-appendiculaires.

Il importe de localiser la douleur de façon précise. Observant

le malade de façon précoce, on réveille l'hyperesthésie profonde aux points mésentérique supérieur et iliaque droit, elle manque aux points viscéraux (Mac Burney et Lanz). De plus, on observe aussi une hyperesthésie superficielle très accentuée au pincement et au frôlement.

Du côté opposé, on trouve la douleur au *point iliaque gauche*, parfois au point mésentérique inférieur et presque toujours au point épigastrique. Enfin, il est possible de déceler des douleurs aux points sympathiques extra-abdominaux : mammaires, cervicaux, etc.

Parfois aussi la notion d'une appendicectomie antérieure suffira à éliminer le diagnostic d'appendicite.

Résumant les caractères de cette fausse appendicite, nous dirons qu'elle est :

1° *Apyrétique*;

2° *Polyhyperesthésique* (douleur symétrique aux deux points iliaques, parfois même à tous les points sympathiques de l'abdomen et même aux points extra-abdominaux);

3° La crise apparaît et disparaît *brusquement* sans troubles digestifs antérieurs, ni troubles digestifs consécutifs.

Ces crises douloureuses furent décrites autrefois par RENDU, par TALAMON, qui les considéraient comme des manifestations hystériques. Ce sont des « appendicites fantômes » (BRISSAUD).

Le *tabes* est de toutes les affections celle qui réalise le mieux cette douleur aiguë de la région appendiculaire; il s'agit alors d'une crise entéralgique, plus précisément, d'une crise dite viscérale de la région typhlo-appendiculaire. Parfois le malade a présenté auparavant des crises gastriques ou d'autres crises viscérales, il peut arriver cependant que les accidents douloureux du *tabes* apparaissent pour la première fois dans la région appendiculaire. Si on méconnaît leur origine ataxique et l'absence de fièvre avec modifications du pouls, du facies, de l'abdomen, on peut être amené à pratiquer l'intervention chirurgicale. Il n'est pas rare que des malades de Lamalou soient opérés pour appendicite, qui ne présentent que des appen-

dicalgies tabétiques, et bien souvent l'intervention est réclamée par la famille malgré l'avis contraire du médecin.

MM. DEBOVE et RATHERY (*Journal des Praticiens*, 11 mai 1907) rapportent l'observation d'un tabétique atteint depuis dix ans de crises solaires tabétiques (lymphocytose rachidienne et liquide céphalo-rachidien fortement albumineux, signe d'Argyll-Robertson), mydriase droite, diplopie croisée, atrophie de la papille droite).

Avant de consulter M. DEBOVE, ce malade avait été examiné par divers médecins et chirurgiens, qui méconnaissent l'origine ataxique des accidents. On fit d'abord le diagnostic d'appendicite sans intervenir chirurgicalement, puis un an après on diagnostiqua un kyste hydatique du foie, on l'enleva chirurgicalement : cette fois le diagnostic était exact mais incomplet, les crises gastriques persistèrent. On fit alors le diagnostic de lithiase biliaire, on enleva la vésicule et les crises reparurent. On fit ensuite le diagnostic de rein mobile, on pratiqua la néphropexie en promettant à chaque intervention la cessation des douleurs.

Le malade porte quatre balafres, mais n'est pas guéri de sa coelialgie tabétique.

Citons encore cette observation, résumée, tirée de la thèse de M. de SAINT-GENOIS DE GRAND BREUCQ (*Thèse de Paris*, 1909) :

OBSERVATION XLIII. — M. X..., trente-trois ans, employé de banque.

Deux ans auparavant, un matin au réveil, il ressentit des douleurs dans le ventre; puis des douleurs très vives au creux de l'estomac (comparées à des piqûres d'aiguilles).

En même temps, il avait des nausées et des vomissements bilieux.

Pensant qu'il avait de l'appendicite, il entra à Tenon, dans un service de chirurgie où on ne l'opéra pas.

Depuis ces deux ans, tous les deux mois environ, des crises semblables reparaissent, qui durent quelques jours. Le reste du temps, il se porte bien.

Il calme lui-même ses crises par le repos, la diète, une vessie de glace sur la région épigastrique.

Au mois de février 1909, il fut repris de douleurs encore plus violentes. Il entra dans un hôpital de province, fut mis en observation

un mois avant d'être opéré. Pensant que ces accidents étaient dus à l'appendicite, le chirurgien lui enleva l'appendice. Il était normal.

Trois semaines après son opération, le malade fut repris de ses douleurs. Cinq jours auparavant : douleurs fulgurantes dans les cuisses. Abolition du réflexe rotulien; signe d'Argyll-Roberston.

MM. Henri DUFOUR et COTTENOT présentent à la Société de neurologie, le 4 mars 1909, une tabétique chez laquelle une crise gastrique tabétique fut prise pour une occlusion intestinale et à qui on fit un anus iliaque. Ces mêmes auteurs (*Revue neurologique*, 30 mars 1909) virent un tabétique opéré d'appendicite au cours d'une crise entéralgique et qui continua, par la suite, à souffrir comme avant son opération.

β) Dans la *forme chronique*, il s'agit des cas que nous avons signalés au début de ce chapitre : on observe alors, en même temps qu'une douleur pseudo-appendiculaire, un symptôme digestif ou général quelconque et vague : amaigrissement, anorexie, asthénie, nausées ou quelques vagues douleurs abdominales.

Dans cette forme, il sera plus facile encore de reconnaître le siège exact pseudo-appendiculaire des points douloureux. En effet, nous pensons qu'il est rare de trouver des points appendiculaires véritables.

La douleur du viscère est recherchée actuellement surtout au *point de Lanz*, à l'union du tiers externe et du tiers moyen de la ligne inter-iliaque,

Au *point de Mac Burney*, situé à 4 ou 5 centimètres en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, sur la ligne tirée de l'épine à l'ombilic,

Au *point de Munro*, à l'entrecroisement de la ligne ilio-ombilicale et du bord externe du muscle droit, à 6 centimètres de l'épine iliaque,

Au *point de Clado*, à l'entrecroisement du bord externe du muscle droit et de la ligne réunissant les deux épines iliaques,

Au *point de Lentzmann*, à 6 centimètres en dedans de l'épine iliaque droite, sur la ligne inter-iliaque.

La diversité de ces points est expliquée par le fait de la

mobilité du cæcum par rapport à l'épine iliaque, par le fait de la très grande mobilité de la peau sur la paroi abdominale, qui empêche parfois d'enfoncer les doigts perpendiculairement à la paroi. (Difficulté de diagnostic de l'appendicite chronique d'après Th. HAUSMANN, par le Dr PRON (d'Alger). *La Clinique*, 14 octobre 1910). Les variations de siège du point douloureux appendiculaire tiennent surtout à la diversité de la topographie iléo-cæcale et à la variété de dimensions et d'orientation que présente l'appendice.

Il sera peut-être raisonnable de rejeter le diagnostic d'appendicite chronique, si le malade ne présente pas de fièvre, par accès, en prenant la température de façon régulière pendant quelque temps, s'il ne présente pas de fièvre provoquée par un exercice physique; une élévation de température survenue dans ces conditions devant faire songer à l'existence d'un foyer infectieux chronique : tuberculose pulmonaire, cholécystite, salpyngite, appendicite. En effet, cette « instabilité thermique » décelée par l'épreuve de DAREMBERG, ou épreuve de la marche, fut d'abord considérée comme un signe de tuberculose chronique et employée au diagnostic des lésions pulmonaires larvées. Mais cette instabilité thermique est un syndrome qui peut également être réalisé par toutes les inflammations viscérales chroniques : tuberculose pulmonaire larvée, appendicite chronique, annexite et cholécystite chroniques (BEZANÇON et S.-I. DE JONG : *Bulletin médical*, 1910.)

En l'absence de signes salpyngés, pulmonaires, si l'élévation thermique coïncide avec une douleur appendiculaire, on sera peut-être autorisé à réséquer l'appendicite.

La recherche des variations de la formule leucocytaire sera également utile. L'augmentation de nombre des leucocytes (hyperleucocytose) portant principalement sur les polynucléaires (polynucléose) est l'indice d'une inflammation, d'une suppuration au même titre que la fièvre légère, continue ou intermittente, spontanée ou provoquée. Parfois on trouve, au lieu d'une hyperleucocytose polynucléaire, de l'éosinophilie : celle-ci est plutôt en faveur de simples troubles fonctionnels intestinaux

d'entérocolite muco-membraneuse, qui peut d'ailleurs prédominer dans la région cæco-appendiculaire. Dans ces cas, il serait parfois possible de déceler dans le sang la présence de mucinase, l'exagération du taux de la mucinase formant un symptôme fréquent de colite membraneuse (RIVA, TRÉMOLIÈRES et RIVA.)

Récemment (*Société médicale des Hôpitaux*, 26 janvier 1911) M. FAISANS a attribué à l'appendicite chronique le syndrome suivant : amaigrissement, asthénie, douleurs thoraciques, dyspnée, fièvre continue spontanée au-dessous de 38 degrés (oscillations de 6/10 de degré entre la température matinale et vespérale) avec des recrudescences thermiques au-dessus de 38 degrés provoquées par la marche (épreuve de Daremberg), parfois sueurs nocturnes, toux, respiration obscure de la base droite et même du sommet, parfois le surmenage intestinal (suralimentation carnée antituberculeuse) suffit à déterminer une crise douloureuse abdominale avec fièvre inconstante. Localement on décèle la douleur au point de Mac Burney, mais parfois aussi au point épigastrique ou bien à gauche de l'ombilic.

L'auteur ajoute que l'appendicectomie amène soit la guérison complète, soit des « améliorations considérables avec des rechutes légères et plus ou moins espacées », ou bien que d'autres fois « il semble que l'opération n'ait en rien modifié la situation du malade, qui continue à éprouver les mêmes malaises; mais au bout de quelques mois l'amélioration apparaît et va en augmentant », et il poursuit : « En tout cas, il n'y en a pas un seul qui soit mort de l'opération. »

L'opinion de M. FAISANS a été soutenue par M. COMBY, par M. SIREDEY : pour cet auteur, ce syndrome, qui se rencontrerait chez des jeunes filles dysménorrhéiques, mal développées, dépend de lésions selon lui souvent associées, d'appendicite et d'ovarite chronique scléro-kystique qui commanderaient la double résection de l'appendice et de l'ovaire.

Peut-être faut-il encore attribuer ce syndrome à la cholécystite chronique, le plus souvent lithogène, fréquente chez la femme et volontiers latente.

M. FAISANS signale l'existence possible de douleur épigastrique, de douleur para-ombilicale gauche, isolée ou associée au point de Mac Burney. De plus, l'opération est fort éloignée d'avoir toujours amené la sédation des accidents : il nous est permis de croire que dans ces cas il s'agissait de malades pseudo-appendiculaires, atteints d'algies abdominales et qui ne méritaient peut-être pas l'opération. La fièvre légère continue, spontanée, la fièvre intermittente provoquée par l'épreuve de Daremberg-Penzoldt, n'est pas le signe nécessaire d'une appendicite, mais aussi bien de toute suppuration chronique : annexite, cholécystite, rhino-pharyngite chroniques, tuberculose pulmonaire larvée ; l'asthénie, l'amaigrissement, les sueurs, la dysménorrhée, etc..., dépendent de cette suppuration chronique, et sur ce terrain il n'est pas étonnant que les algies abdominales se développent avec une facilité particulière.

L'absence de syndrome intestinal n'est d'ailleurs pas, nous en convenons, un argument suffisant pour rejeter l'appendicite chronique, car il semble bien avéré que la lésion appendiculaire puisse s'exprimer cliniquement par un syndrome gastrique. Exceptionnellement, on pourra recourir à la radioscopie, surtout à la radiographie (d'ailleurs délicate : AUBOURG), pour reconnaître que la douleur abdominale provoquée ne répond pas au siège de l'appendice mais est bien extra-viscérale : sympathique.

Citons deux cas observés dans le service de M. LOEPER.

OBSERVATION XLIV. — M^{lle} Marie J..., trente ans, cuisinière, vient consulter pour quelques douleurs dans l'hypocondre droit et des nausées ; elle n'a jamais eu ni vomissements, ni douleur aiguë ; l'appétit est conservé, elle n'a ni constipation, ni diarrhée. Depuis deux ans, son état est tout à fait stationnaire : elle souffre lorsqu'elle est couchée sur le côté droit ou lorsqu'elle reste baissée pendant quelque temps. A l'examen : abdomen flasque se laissant très bien palper, pas de dilatation gastrique, pas de ptose viscérale. On sent, au niveau du côlon, l'appendice, semble-t-il, qui roule sous le doigt qui palpe. On ne réveille au niveau de l'appendice qu'une très légère douleur disparaissant dès qu'on cesse la pression. Si on a soin de refouler à droite la masse intestinale renfermant le cæcum et l'appendice et si on appuie profondément, ce qui est aisé à cause de la laxité

extrême de la paroi, on réveille une douleur extrêmement vive au point de Loeper en même temps qu'on perçoit les battements artériels profonds. Le point mésentérique supérieur est sensible, mais beaucoup moins que le point mésentérique inférieur. Le point iliaque gauche est douloureux, moins toutefois que le point iliaque droit.

Pas d'hyperesthésie superficielle, pas de points cervicaux, les réflexes rotuliens sont très légèrement exagérés.

OBSERVATION XLV. — M^{me} P..., trente-deux ans, vient consulter pour des douleurs gastriques. Dans ses antécédents personnels : deux grossesses accompagnées de vomissements presque jusqu'au terme. Elle souffre de l'estomac depuis quatre ans : douleurs spontanées dans l'hypocondre gauche et à l'épigastre sans rapport avec les repas. Elles se plaignent de vertiges depuis trois ou quatre mois, de malaises au cours desquels elle éprouve des douleurs dans les membres. Elle n'a jamais eu de vomissements, mais se plaint d'un état nauséux persistant. Elle va régulièrement à la selle. Points douloureux : sensibilité des points épigastrique, mésentérique supérieur, mésentérique inférieur et iliaque gauche, mais surtout sensibilité vive au point iliaque droit. Points sympathiques cervicaux douloureux surtout à droite. Réflexes rotuliens un peu exagérés.

OBSERVATION XLVI. — M. M..., dix-sept ans, ressent le 3 février 1914 au milieu du repas de midi, une douleur sourde dans le ventre accompagnée de nausées.

Entre le 5 février à l'hôpital parce qu'il souffre encore et n'a plus d'appétit.

Pas de fièvre, pouls normal, urines normales. Pas de vomissements, ni constipation, ni diarrhée. Pas de douleur au point de Mac Burney, pas d'hyperesthésie superficielle.

Sensibilité épigastrique : 4 kil. 1/2;

Point mésentérique supérieur : 4 kilogramme;

Point mésentérique inférieur : 4 kil. 1/2;

Points iliaques droit et gauche : 4 kilogrammes.

Réflexes rotuliens normaux.

b) PSEUDO-ANNEXITE DROITE. — Les accidents douloureux de la région appendiculo-ovarienne peuvent simuler, de façon assez grossière d'ailleurs, des troubles ovaro-salpyngiens droits. Ce sont les accidents que nous avons décrits précédemment et qui peuvent se présenter de façon aiguë ou chronique et ressembler à l'annexite aiguë ou subaiguë.

Les manifestations sont caractérisées par un syndrome sympathique, qui présente d'autant plus de ressemblance avec les phénomènes annexiels, que les salpyngites tirent une bonne part de leur symptomatologie de la réaction sympathique réflexe qu'elles ont coutume de provoquer.

Ainsi, la crise douloureuse sympathique de la fosse iliaque interne droite s'accompagne souvent de modifications du pouls (tachycardie), d'altération du facies (facies utérin, facies péritonéal, facies grippé), d'angoisse, de dyspnée, de sueurs.

Seule la fièvre manque dans les cas de névralgie sympathique alors qu'elle forme un des symptômes cardinaux de la salpyngite. Il existe de la contracture de la paroi abdominale, la douleur profonde occupe le point iliaque droit exactement, elle est associée à une douleur symétrique gauche, et, selon les cas, à l'hyperesthésie d'un ou de plusieurs points abdominaux ou extra-abdominaux.

De plus, ces accidents névropathiques apparaissent à l'occasion d'un chagrin, d'une émotion, ils ont un début et une terminaison brusques, ne présentent ni prodromes ni séquelles.

Dans la salpyngite aiguë, l'évolution est tout à fait différente : la réaction péritonéale s'exacerbe rapidement et les troubles fonctionnels génitaux existaient depuis longtemps (pertes blanches, etc.) ; l'examen révélerait une douleur moins localisée, unilatérale et surtout le toucher vaginal et le toucher rectal décèlent l'empâtement des culs-de-sac vaginaux.

La névralgie chronique du point iliaque droit peut soulever le diagnostic d'une affection annexielle subaiguë, lorsque la douleur iliaque est associée à des troubles menstruels, comme il n'est pas rare de les rencontrer chez certaines malades soumises à une infection ou à une intoxication chronique (tuberculose, chloro-anémie, etc.). Il s'agit le plus souvent de dysménorrhée ou d'aménorrhée, accompagnées de leucorrhée, qui peuvent exister dans la salpyngite, quoique les affections annexielles s'accompagnent plutôt d'hyperménorrhée, de pertes sanguines abondantes et prolongées.

D'ailleurs l'annexite chronique s'accompagne fréquemment de

troubles réflexes gastro-intestinaux et cérébro-médullaires, d'un syndrome sympathique au cours duquel il est banal de noter la douleur aux points que nous avons étudiés : mésentériques, iliaques, épigastrique, etc. Le diagnostic sera donc établi par le toucher vaginal et rectal, par les signes physiques. Mais ici, comme dans le cas de l'appendicite chronique, l'erreur a été souvent commise et on a pratiqué la résection d'annexes droites et d'appendices parfaitement sains et l'on a vu la douleur survivre à l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION XLVII. — Citons le cas de M^{me} G..., quarante-quatre ans, qui était venue *consulter* pour des douleurs d'estomac. Elle aurait été opérée trois fois par le professeur SEGOND.

Une première opération, il y a dix ans : tumeur fibreuse de l'ovaire gauche.

Deuxième opération, il y a trois ans : on enlève l'utérus, on laisse l'ovaire droit.

Troisième opération, il y a deux ans : kyste de l'ovaire droit.

Après la première opération, la malade, qui jusque-là n'avait éprouvé aucun trouble gastrique, commence à avoir des douleurs d'estomac en même temps qu'elle devient constipée (lavement quotidien). Elle grossit alors d'une dizaine de kilogrammes.

Après l'extirpation du deuxième ovaire, les douleurs gastriques augmentent, deviennent particulièrement pénibles, prenant certains jours les caractères d'une crise. Les douleurs apparaissent après les repas, durent pendant toute la digestion : deux, trois à quatre heures. Sensation de pesanteur, de lourdeur épigastrique, de tiraillements, d'étouffements accompagnés de constriction de l'œsophage.

A l'examen : ni dilatation gastrique, ni clapotage ; vive hyperesthésie superficielle de toute la zone épigastrique. Les points épigastriques, mésentérique supérieur et mésentérique inférieur sont très douloureux, le point iliaque droit également ; les points iliaque gauche et promontorien sont un peu moins sensibles (et la malade n'avait plus ni utérus ni annexes).

Malade extrêmement nerveuse, tremblements fréquents, palpitations, mais cœur normal, pouls régulier, bien frappé, très bon sommeil et quelques somnolences au cours de la journée. Rien d'anormal dans les urines.

En résumé, on voit comment se pose le diagnostic d'une névralgie aiguë et bruyante ou chronique et silencieuse des

plexus sympathiques mésentérique supérieur et iliaque droit. Le syndrome douloureux est en effet réalisé par l'appendicite et l'annexite, mais il peut exister sans elles; la « colique appendiculaire » de TALAMON, la « colique annexielle » de KALTENBACH peuvent exister sans lésion appendiculaire ni annexielle. Ce syndrome névralgique (qui nous intéresse surtout dans sa modalité sourde, dans la forme où la douleur est provoquée par la pression au cours d'un examen de l'abdomen) ne peut servir au diagnostic d'une inflammation de l'appendice ou de l'annexe qu'à la condition de s'associer à une douleur du *viscère* vermiculaire ou salpyngien, à des troubles gastro-intestinaux ou génitaux, à des signes généraux d'infection chronique, fièvre spontanée (légère même) ou parfois provoquée par l'épreuve d'un exercice physique : c'est l'épreuve de DAREMBERG appliquée aux inflammations appendiculaires et annexielles chroniques, en l'absence de lésions tuberculeuses.

Le diagnostic avec la *péritonite chronique localisée*, avec les adhérences de *péricalite*, *pérityphlite*, d'*épiploïte* doit être proposé, mais il est cliniquement presque impossible à résoudre. Ces diverses lésions sont des causes d'hyperesthésie sympathique, mais en même temps elles réalisent habituellement le syndrome de colite muco-membraneuse, de dyspepsie gastrique réflexe, parfois il ne sera possible d'en assurer l'existence que par l'examen radioscopique.

c) Il faut également songer aux accidents douloureux du CECUM MOBILE : selon WILMS (1908) et STIERLIN (1910), l'appendicectomie ne calme pas les douleurs dues sans doute au tiraillement des filets nerveux mésentériques; les troubles s'apaisent par la typhloplexie. On note une constipation tenace entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Selon LARDENNOIS, il y aurait des irradiations douloureuses lombaires, exagération des douleurs dans le décubitus latéral droit et par refoulement des gaz du côlon descendant vers le cæcum (cette douleur par refoulement est plus vive que dans l'appendicite).

A la radiographie et à la radioscopie, le cæcum paraît élargi

ou allongé, surtout très mobile, se déplaçant dans le décubitus latéral gauche; le bismuth séjourne longtemps dans le cæcum : cette stase dépend de l'atonie cæcale.

d) L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE peut, en localisant ses accidents dans la région typhlo-appendiculaire, s'accompagner d'une vive hyperesthésie élective du point mésentérique supérieur; en même temps, on trouve fréquemment une hyperesthésie du point épigastrique. Le côlon ascendant est spasmé, le cæcum est soit contracturé, soit plus souvent atone, clapotant, parfois on croit sentir l'appendice. Surtout on trouve les symptômes cardinaux de la colite muco-membraneuse : les douleurs, la constipation entrecoupée de débâcles diarrhéiques, la mucorrhée glaireuse ou membraneuse. Enfin la localisation de la colite est variable, elle peut se transporter à d'autres segments du gros intestin, par exemple à l'angle colique, au côlon descendant : le spasme colique se déplace en même temps. Alors on observe ce fait très fréquent, presque constant dans l'entéro-colite, d'une corrélation physiologique entre le spasme colique et le point névralgique. Tandis que le spasme du côlon ascendant et de l'angle colique droit s'accompagne d'un point mésentérique supérieur, le spasme du côlon descendant ou de l'angle colique gauche coexiste avec le point mésentérique inférieur. Souvent le point épigastrique est associé au point mésentérique supérieur. M. LÆPER a pu dire que la colite muco-membraneuse est une *cœlialgie avec spasme et mucorrhée*.

Les observations démonstratives de ces syndromes sont fréquentes : voici deux exemples d'association du point mésentérique supérieur avec le spasme du côlon ascendant.

OBSERVATION XLVIII. — M^{me} R..., trente-huit ans, employée de commerce, souffre de l'estomac depuis six ans : brûlures, régurgitations acides après les repas.

Après un an et demi les douleurs se calment, mais la constipation apparaît entrecoupée de débâcles diarrhéiques.

Depuis deux ans, diarrhée continue : quatre à cinq selles par jour; glaires, membranes dans les matières fécales, filets de sang (elle a des hémorroïdes).

Douleur sourde dans tout le ventre, surtout à droite, exagérée par les selles, irradiant vers les espaces intercostaux droits et dans le dos. *Spasme du côlon ascendant et descendant*. Douleur au point épigastrique : 2 kilogrammes.

Point mésentérique supérieur : 1 kilogramme.

Point mésentérique inférieur : 2 kilogrammes.

Point iliaque droit : 3 kilogrammes.

Point iliaque gauche : 4 kilogrammes.

Réflexes rotuliens normaux.

OBSERVATION XLIX. — M^{me} R..., trente ans, domestique.

Douleurs abdominales et douleurs dans les jambes depuis huit mois. Constipation entrecoupée rarement de débâcles diarrhéiques.

Corde colique ascendante et descendante. Douleur de l'angle colique gauche spasmé. Douleur à la pression : au point épigastrique : 2 kilog. 1/2 ; au point *mésentérique supérieur* : 1 kilogramme ; au point mésentérique inférieur : 2 kilogrammes ; au point iliaque droit : 3 kilogrammes ; au point iliaque gauche : 2 kilogrammes ; au point promontorien : 4 kilogrammes (a des pertes blanches). /

Réflexes rotuliens exagérés.

e) LA COLIQUE NÉPHRÉTIQUE présente un syndrome douloureux particulier et seules les formes frustes, dégradées, peuvent être confondues avec les points névralgiques iliaques et mésentériques.

La colique typique est caractérisée par une série de points décrits par BAZY : point costo-musculaire à l'angle de la masse sacro-lombaire et de la 12^e côte ; point costo-vertébral à l'angle du rachis et de la 12^e côte ; point sous-costal répondant au bassin qui peut, du côté droit, prêter à confusion avec le point cystique ; point para-ombilical de BAZY ou urétéral supérieur de PASTEAU qui peut être pris pour le point mésentérique supérieur et qui n'en est peut-être pas différent (il est situé, selon HALLÉ, à l'intersection de la ligne verticale passant par l'épine du pubis et de la ligne horizontale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure) ; le point sus-iliaque latéral, le point urétéral moyen de PASTEAU (1907) qui n'est autre que le point iliaque, et répond à la crosse décrite par l'uretère sur la bifurcation de l'artère iliaque primitive ; enfin le point vésico-urétéral que le toucher

vaginal ou rectal réveille à l'abouchement vésical des uretères. De plus, la douleur a coutume d'irradier dans le scrotum, les grandes lèvres, les cuisses ; la pression en ces points réveille par réflexe urétéro-vésical le besoin d'uriner.

Souvent après plusieurs crises typiques le malade offre des accidents atténués, déformés ; la douleur siège en un point seulement de la traînée douloureuse urétérale, par exemple au point para-ombilical ou iliaque ou sous-costal. Mais le diagnostic se fera alors par la notion de crises antérieures franches, par l'existence de troubles urinaires concomitants, surtout : dysurie, anurie, hématurie surtout histologique, par l'émission de calculs, par l'apparition de la crise à la suite de marches, etc..., sa disparition par le repos au lit.

f) AUTRES ERREURS POSSIBLES : la crise de *rein mobile* réalise les mêmes douleurs, le même syndrome péritonéal, des troubles urinaires parfois accusés (anurie et hydronéphrose) par coudure de l'uretère ; on peut palper le rein ectopié.

Enfin, exceptionnellement, il faudra distinguer la douleur iliaque d'un *rhumatisme du psoas* (KUTTNER), d'une *psôitis*, d'une névralgie des filets nerveux contenus dans le psoas (*névralgie lombo-abdominale*), d'une *ostéite* localisée à l'*ilion* (parfois prémonitoire d'une *coxalgie*), d'une *adénite de la chaîne iliaque*, d'une *phlébite de la chaîne iliaque*.

C. — *Erreurs de diagnostic auxquelles peuvent donner lieu les points mésentérique inférieur et iliaque gauche.*

Le point mésentérique inférieur et le point iliaque gauche pourraient faire songer à une *sigmoïdite* : mais l'absence de signes intestinaux, de fièvre, l'existence d'autres douleurs abdominales symétriques ou croisées éloigneront rapidement ce diagnostic.

L'*appendicite gauche*, l'*inflammation du diverticule de Meckel* sont tout à fait exceptionnelles : mais il existe alors des modifi-

cations de la paroi, de la fièvre, le pouls est accéléré, la leucocytose plus ou moins abondante, etc.

Le plus souvent, cette algie est associée au *spasme* de l'angle colique gauche, du côlon descendant et de la partie initiale de l'anse sigmoïde. Il peut exister en même temps de la mucorrhée, mais ce syndrome de coelialgie avec spasme colique localisé et mucorrhée doit faire porter le diagnostic de colite muco-membraneuse à prédominance sur le côlon descendant. Nous pourrions citer un grand nombre d'observations de cette association de spasme et de point méésentérique inférieur, ou même de spasme, de mucorrhée et de point méésentérique inférieur. En voici quelques-unes.

OBSERVATION L. — M. C..., vingt-huit ans, constipé depuis plusieurs années. Il y a quatre mois, après avoir mangé de la perdrix aux choux : diarrhée verte, léger ictère et douleur abdominale. Amaigrissement de 9 kil. 500 en quatre mois. Actuellement, constipation et selles glaireuses. *Spasme du côlon descendant avec douleur très vive au point méésentérique inférieur*. Pas de douleur au point épigastrique, mais douleur légère au point méésentérique supérieur; pas de spasme du côlon ascendant.

OBSERVATION LI. — M. F..., soixante-deux ans : douleurs dans la partie gauche de l'abdomen depuis un an, permanente avec recrudescences et irradiations dans la fosse iliaque gauche et à la région épigastrique. Après les repas, ballonnement épigastrique et parfois douleur épigastrique une heure à une heure et demie après le repas du soir, irradiant vers l'angle gauche du côlon et le côlon descendant. Alternatives de diarrhée et de constipation; les débâcles diarrhéiques amènent une exacerbation de la douleur abdominale gauche et s'accompagnent d'une hyperesthésie très vive de l'angle gauche du côlon et du côlon descendant et sigmoïde.

Paroi abdominale flasque, mais légèrement contracturée à gauche (diminution du réflexe cutané abdominal inférieur de ce côté). Douleur à la pression de l'angle gauche du côlon et du côlon descendant. *Spasme du côlon descendant et de l'angle colico-splénique*. Douleur très vive au *point méésentérique inférieur et iliaque gauche*, assez vive au point épigastrique, légère au point méésentérique supérieur. Distension cæcale, gargouillement cæcal.

OBSERVATION LII. — M^{me} J..., cinquante-sept ans : douleur épigastrique tardive avec brûlure et sensation de constriction, bouffées de chaleur et rougeur de la face. Selles quotidiennes incomplètes, pénibles, parfois douloureuses. Douleur au point épigastrique très vive ainsi qu'au *point mésentérique inférieur*, légère au point mésentérique supérieur. *Spasme du côlon descendant*. Clapotage et distension cæcale. Réflexes rotuliens exagérés, céphalée, érétisme vasculaire, palpitations, sommeil agité. A la radioscopie : ptose gastrique sans atonie prononcée, avec ptose de la coupole diaphragmatique gauche surtout. Distension cæcale et séjour prolongé du bismuth dans le cæcum (stase cæcale) ; le côlon transverse ptosé atteint le pubis.

OBSERVATION LIII. — M. L..., trente-six ans, cocher. Alternatives de diarrhée et de constipation. Diarrhée du matin. Selles glaireuses parfois. Spasme du côlon descendant et de l'angle colique gauche, spasme de l'angle colique droit. Cæcum distendu et gargouillant. Hyperesthésie vive des points mésentériques supérieur et inférieur, hyperesthésie légère du point épigastrique.

D. — *Erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu le point cystique.*

Le point cystique occupe le centre d'une région pathologique spéciale, qui forme une entité d'anatomie nosologique équivalente de la région typhlo-appendiculo-annexielle. On y trouve, en effet, la vésicule biliaire, le pylore, l'angle droit du côlon et, dans la profondeur, le rein droit et la tête du pancréas : on pourrait donc l'appeler région vésico-pylori-colique. De plus, on y rencontre le péritoine et le plexus nerveux cystique, siège de la cystalgie. Le diagnostic des douleurs chroniques ou aiguës de cette région se fera donc avec : la cholécystite, la colique vésiculaire, la colite muco-membraneuse localisée à l'angle droit du côlon, le spasme pylorique, la périhépatite juxta-vésiculaire et la périgastrite juxta-pylorique, enfin les pancréatites et les coliques néphrétiques.

Il est facile d'éloigner l'idée d'une *douleur pancréatique* : celle-ci occupe, en effet, le siège particulier que nous avons décrit au chapitre de l'anatomie : c'est soit le point de DESJAR-

DINS, soit la zone pancréatico-cholédocienne de CHAUFFARD et RIVET. D'ailleurs, il s'agit le plus souvent d'une *pancréatite chronique* circonscrite, secondaire à une lithiasc avérée du cholédoque ou parfois contemporaine de l'angiocholite lithogène. De plus, celle-ci se complique rapidement d'ictère par rétention et de symptômes de déficit pancréatique décelables par le chimisme intestinal et la glycosurie. Quant à la *pancréatite aiguë*, elle donne une douleur plus souvent épigastrique que vésiculaire, mais surtout les accidents sont bruyants, il existe un syndrome péritonéal intense, l'évolution est rapide et fatale.

La *colique néphrétique* fruste, le *calcul enclavé*, peuvent se traduire par une douleur localisée au point cystique. C'est ce qu'en pathologie urinaire on appelle le point douloureux *sous-costal*. Mais si la lithiasc rénale réalise au même titre que la lithiasc vésiculaire ou cholédocienne le syndrome de cystalgie, il est rare que la douleur cystique existe alors isolément : elle s'accompagne de douleurs provoquées ou spontanées dans les autres points où l'uretère et le bassinot sont accessibles à la pression, c'est-à-dire au point costo-vertébral de GUYON, costo-musculaire para-ombilical de BAZY ou urétéral supérieur de PASTEAU, urétéral moyen sus-intra-épineux de PASTEAU, inguinal de PASTEAU, sus-iliaque latéral de PASTEAU, vésico-vaginal ou vésico-rectal de BAZY : la pression en ces divers points réveille une douleur irradiant vers la vessie, et qui s'accompagne de besoin d'uriner par réflexe urétéro-vésical. Enfin, en l'absence de crises franches de lithiasc, la radiographie permettra parfois de découvrir les calculs du bassinot.

La *périhépatite juxta-vésiculaire*, la *péricolite de l'angle droit du côlon* et la *périgastrite juxta-pylorique* peuvent se traduire uniquement par la douleur aiguë, ou chronique et sourde. Mais plus souvent, elles entraînent des troubles fonctionnels à distance, comme un syndrome de dyspepsie hypersthénique, parfois de colite muco-membraneuse. Exceptionnellement, elles réalisent une sténose incomplète du pylore, du côlon. De toutes façons, le diagnostic sera établi par la radioscopie, qui permet de reconnaître la fixité de la région adhérente quand on s'efforce

de la mobiliser devant l'écran, ou bien encore elle montre une déformation stable de la région pylorique ou du côlon.

La *colite muco-membraneuse circonscrite*, localisée à l'angle droit du côlon, réalise le syndrome de douleur cystique, mais il existe des troubles fonctionnels intestinaux : constipation entrecoupée de débâcles diarrhéiques avec mucorrhée ; on trouve à la palpation l'angle droit du côlon contracturé, tandis que le cæcum peut être distendu et clapotant. Malgré les symptômes avérés de colite muco-membraneuse, on pourrait croire à l'existence d'une lithiase vésiculaire, puisque l'entéro-colite est une complication fréquente de cette affection : nous allons voir comment on peut espérer obtenir un diagnostic de la douleur vésiculaire d'avec la colique hépatique.

Il existe de *fausses cholécystites*, de *fausses coliques hépatiques*, quand la douleur cystite apparaît dans un mode aigu, sans aucun des caractères appartenant aux affections précédemment énumérées.

La douleur cystique peut surtout simuler la *colique vésiculaire* ou *colique hépatique* comme la crise douloureuse iléo-mésentérique droite peut simuler la colique appendiculaire. Les manifestations sensitives peuvent également irradier au creux épigastrique, dans l'épaule droite et le dos ; mais la colique hépatique, la colique vésiculaire est analogue à la crise d'appendicite, c'est une crise de *cholécystite* (et non pas de migration calculeuse) : aussi, à la différence de la simple cystalgie, la colique vésiculaire s'accompagne de *fièvre* dans la règle, parfois de subictère, de nausées, de vomissements. Le syndrome douloureux est donc identique, soit qu'il se présente isolément et sans cause nettement appréciable (il apparaît et disparaît brusquement chez un névropathe), soit qu'il accompagne une poussée de cholécystite (colique hépatique).

Le diagnostic devra se fonder sur l'absence de fièvre, de subictère, l'absence fréquente mais non absolue de vomissements, l'absence d'empâtement au niveau de la vésicule, de cholécystite, etc., etc. ; sur la coexistence de douleur à la pression, non seulement épigastrique et pancréatique mais méésentérique ou iliaque, etc.

Mais le diagnostic est plus délicat encore entre la *cholécystite chronique*, la *lithiase vésiculaire chronique* et la douleur cystique sourde et chronique.

La différenciation clinique se pose dans ce cas exactement de la même façon que pour l'appendicite et l'annexite chroniques. Si les poussées de fièvre manquent, même légères, spontanées ou provoquées par les excès alimentaires, le surmenage physique, si le subictère n'a jamais existé, si le malade n'a jamais présenté de crise de cholécystite (c'est-à-dire de colique hépatique) typique, franche, si l'examen physique ne décèle aucune induration, aucune déformation de la vésicule, il semble bien que l'on soit en droit d'attribuer la douleur cystique à l'hyperesthésie du plexus sympathique cystico-hépatique, et cela d'autant mieux qu'on réveille une névralgie sourde en différents points de l'abdomen (épigastrique, mésentériques ou iliaques).

Comme exemple de douleur cystique aiguë simulant grossièrement la colique vésiculaire, la cholécystite, nous citerons l'observation suivante :

OBSERVATION LIV. — M. M..., vingt-huit ans, amené à l'hôpital, d'urgence, à 11 heures du soir, en janvier 1908, reçu en *chirurgie*. Il se plaignait d'une très vive douleur à l'épigastre, sans irradiations, apparue brusquement; il n'avait ni nausées, ni vomissements, ni fièvre. On songea à une appendicite ou à une perforation d'ulcus latent, mais en l'absence de symptômes précis et d'indications opératoires on se contenta d'appliquer de la glace sur l'épigastre. Après deux jours de douleurs très vives sans symptômes nouveaux le malade passe dans un service de médecine. On pratiqua un tubage de l'estomac; quelques heures après le tubage la douleur disparaissait et le malade quittait l'hôpital où il était resté en tout trois jours.

En janvier 1911, le malade vient consulter pour une crise douloureuse survenue brusquement à 5 heures de l'après-midi, sans prodromes. La douleur siègeait sous le rebord costal droit, *au point cystique*, et irradiait dans tout l'hémithorax droit : pas de nausées, pas de vomissements, pas de fièvre. La douleur disparaît complètement et brusquement à 1 heure du matin. Pas d'ictère les jours suivants, pas de fièvre, pas de décoloration des selles. Le malade n'a jamais présenté de troubles dyspeptiques.

En juillet 1910, il se déclarait une lésion tuberculeuse du sommet droit : asthénie, amaigrissement, toux, expectoration légère, micro-polyadénopathie, grosse rate. Réflexes rotuliens exagérés.

A la radioscopie : estomac normal, grosse rate, ganglions médiastinaux hypertrophiés, lésions tuberculeuses du sommet droit.

En résumé : Nous avons été amené, par cette étude, à décrire des algies chroniques et silencieuses ou aiguës et bruyantes, monosymptomatiques ou associées.

Il existe des coelialgies, des cystalgies, des mésentéralgies supérieures et inférieures, des ilialgies droites et gauches dont le diagnostic peut se poser avec les principales affections abdominales aiguës ou chroniques : avec l'ulcus gastro-duodéal, avec la cholécystite lithogène (lithiasé vésiculaire), avec la lithiasé rénale, avec l'appendicite, avec l'annexite enfin avec les périviscérités.

La connaissance de ces algies importe donc beaucoup pour le diagnostic : elle diminue l'importance du symptôme douleur, indice défectueux et nullement pathognomonique dans les affections abdominales organiques, et montre combien il est délicat d'établir l'existence d'une souffrance véritablement *viscérale*. La conclusion qui en ressort pour la méthode diagnostique, c'est qu'il faut s'attacher surtout à la recherche des signes physiques, des signes généraux, des signes fonctionnels qui forment un syndrome particulier dans chacune des affections.

CHAPITRE VII

ÉVOLUTION

Le diagnostic de ces douleurs, la démonstration de leur nature névralgique et non viscérale, sera facile à déduire de leur évolution. Nous avons dit que l'opération ne les supprime pas, ou tout au moins ne les calme que d'une façon passagère, et nombreuses sont les femmes qui furent opérées d'abord d'appendicite, puis d'annexite droite, ou à la fois d'appendicite et d'annexite droite, de nouveau opérées pour adhérences, épiploïte, et qui souffrent encore dans la région appendiculo-annexielle.

M. LEGUEU, dans une leçon clinique de l'hôpital Laënnec en 1910 (cf. *Journal des Praticiens*, p. 709), a montré que des appendicites opérées peuvent être suivies par des accidents douloureux aigus divers, qui ont pour siège la région périappendiculaire et sont d'ailleurs en rapport éloigné ou direct avec l'appendicite : par exemple, il arrive que l'appendice n'ait pas été enlevé, ou que l'ablation ait été incomplète, et une seconde appendicite peut se déclarer. Plus souvent il s'agit d'une annexite droite secondaire ; parfois les adhérences, l'épiploïte secondaires à l'appendicite et à l'appendicectomie sont la cause des accidents, ou bien il s'agit de crises de rein mobile, de colique hépatique. Or, les accidents douloureux aigus ou chroniques de la région appendiculo-annexielle, secondaires à l'appendicite, ne sont pas nécessairement des manifestations d'appendicite résiduelle, d'annexite, d'épiploïte, de pérityphlite, de colique hépatique, de crises de rein mobile, ni même de colite muco-membraneuse.

Remarquons d'abord que bien des appendicites opérées de nos jours ne sont pas des manifestations aiguës, mais appartiennent à la soi-disant appendicite chronique. Nous avons montré que le diagnostic de cette prétendue appendicite chronique était très difficile avec les algies de la région appendiculaire, avec la douleur du plexus mésentérique supérieur ou du plexus iliaque ; que la fièvre permettait seule de croire à l'existence d'une lésion inflammatoire. Or, la majorité des médecins se croient autorisés à porter ce diagnostic, en l'absence de fièvre, et nous avons la conviction, fondée sur diverses observations, que bien des appendices ainsi réséqués sont en réalité parfaitement sains. Ce ne sont assurément pas ces soi-disant appendicites chroniques-là qui présentent l'évolution post-opératoire signalée par M. LEGUEU : les complications précitées appartiennent aux appendicites aiguës, suppurées, avec fièvre à 39 degrés et réaction péritonéale manifeste, et ce sont elles qui présentent, après l'intervention chirurgicale, des accidents de pérityphlite, d'épiploïte, d'annexite.

Cependant les fausses appendicites opérées, les pseudo-appendicites chroniques qui ont subi l'exérèse chirurgicale, sont elles aussi capables de laisser dans la fosse iliaque diverses manifestations douloureuses post-opératoires ; ces accidents feraient penser à tort — si la règle diagnostique posée par M. LEGUEU était absolue et ne devait pas être limitée aux seuls cas d'appendicite aiguë — que l'on doit pratiquer une nouvelle intervention chirurgicale pour rechercher les adhérences ou l'annexite : en effet, l'opération ne permettrait de découvrir aucune adhérence ; l'exérèse des annexes droites ne serait suivie d'aucun soulagement, et l'examen histologique montrerait qu'elles sont saines.

En somme, l'appendicite chronique *primitive*, si elle existe (et cela est douteux pour MM. LÖPPEL, LECÈNE, LENORMANT, etc.), peut laisser après l'opération, soit des lésions d'adhérences ou d'annexite, soit de simples troubles fonctionnels sensitifs, des algies. Le plus souvent les prétendues appendicites chroniques que l'on opère n'existent pas ; après l'opération, il subsiste les mêmes

algies qu'avant l'intervention. Ces algies qui ne peuvent être guéries par le traitement chirurgical sont au contraire susceptibles de guérir par le traitement médical qui s'adresse à la cause locale ou générale de cette hyperesthésie, ainsi que nous le verrons à la fin de cette étude.

Voici trois observations, résumées, tirées de la thèse de M. RIOU (1908) :

OBSERVATION LV (Th. de RIOU, obs. XXXIII). — Henriette L..., huit ans et demi, entre à l'hôpital pour ventre ballonné et dur. Depuis deux ans, douleurs en allant à la selle. Depuis un an, vomissements tous les huit jours, muqueux ou alimentaires. Présente une crise de vomissements avec douleur dans la fosse iliaque droite et céphalée intense. Entre de nouveau à l'hôpital pour ces accidents : ballonnement du ventre, douleur vive au point de Mac Burney, avec défense de la paroi, gargouillement cæcal et « empatement net quoique peu exagéré ». Opération : appendice long et rouge à son extrémité. Un mois après sort guérie. Revue sept mois après : *a continué à avoir des douleurs abdominales et des vomissements* mais moins fréquemment. Plus tard les règles s'établissant, disparition des douleurs et des vomissements. Parfois cependant *point de côté à droite ou à gauche*. Constipation rebelle.

OBSERVATION LVI (Th. de RIOU, obs. XXXVII). — Marius B..., onze ans, crise de douleurs abdominales prédominant à droite avec céphalée et nausées. La fosse iliaque droite est souple, pas de défense musculaire, pas de douleurs. Opération : pas d'adhérences de l'appendice, deux petits calculs stercoraux dans sa cavité. Pendant la *première année qui suivit l'opération l'enfant a eu encore quelques crises douloureuses*.

OBSERVATION LVII (Th. de RIOU, obs. XXXVIII). — Paul C..., treize ans et demi. Depuis deux ans se plaint de douleurs abdominales prédominant dans le côté droit, revenant tous les deux mois environ, durant huit jours, accompagnées de constipation ; pas de vomissements. Parfois crises de diarrhée pendant deux à trois jours. Angines fréquentes. Pendant une crise de diarrhée avec douleur iliaque droite, on diagnostique l'appendicite. A l'examen : ventre souple ; dans la fosse iliaque droite, boudin gargouillant légèrement douloureux. Température, 37°8 le soir. Opération : appendice long, grêle, rouge extérieurement : un point de folliculite hémorragique à la partie moyenne.

Cinq mois après l'opération, *se plaint d'avoir souffert encore parfois*

dans la fosse iliaque droite, est constipé. Quatre mois plus tard, se plaint de diarrhée avec points de côtés passagers dans le côté droit du ventre. Selles muco-membraneuses. Spasme colique. On prescrit le traitement de la colite muco-membraneuse et la douleur s'améliore ainsi que l'état général.

On peut faire les mêmes remarques pour les pseudo-cholécystites et les pseudo-coliques hépatiques. Dans tous ces cas de pseudo-cholécystite, de pseudo-appendicite, de pseudo-annexite, etc..., l'inefficacité du traitement chirurgical et l'efficacité du traitement purement médical et nerveux constituent une épreuve définitive en faveur de la nature névralgique de ces diverses manifestations douloureuses.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Le traitement des algies sympathiques abdominales doit varier suivant l'étiologie même de ces manifestations douloureuses. Nous avons vu que l'étiologie était très complexe, le diagnostic de la cause déterminante toujours délicat, et parfois il semble que plusieurs facteurs puissent s'associer pour produire la cœlialgie.

Cette thérapeutique pathogénique est cependant la plus importante, mais parfois il arrive qu'on ne puisse trouver la cause de l'hyperesthésie abdominale, nous avons vu que dans ces cas on parle de terrain névropathique.

On peut distinguer deux parties dans la thérapeutique des algies :

1° Il existe un TRAITEMENT COMMUN à toutes les algies : ce sont les moyens physico-thérapeutiques : application de compresses chaudes sur l'abdomen, ou bien de compresses imbibées d'alcool camphré puis exprimées et recouvertes ensuite d'un imperméable.

L'usage quotidien de longs bains tièdes est particulièrement efficace lorsqu'on incrimine l'origine centrale des troubles névropathiques. On peut y joindre une médication analgésique et antispasmodique. Les médicaments auxquels on recourra sont : la belladone et le bromure de camphre que l'on peut associer, par exemple, de la façon suivante :

Bromure de camphre.	0,30 centigrammes.
Extrait de belladone	} à 0,01 —
Extrait de jusquiame.	

pour un cachet ou pour une dragée n° *x*. Prendre pendant une quinzaine de jours, deux ou trois de ces cachets ou de ces dragées par jour, au moment des repas. Cesser si les symptômes d'intoxication belladonnée apparaissent : mydriase, sécheresse de la gorge, diarrhée.

On pourra prescrire également les bromures à petite dose, associés au régime déchloruré ; la valériane et tous ses dérivés :

Valériane	0,05 centigrammes.
Extrait de belladone	0,01 —

pour une pilule enrobée n° *x* ; prendre une de ces pilules au repas de midi, une au repas du soir.

L'alitement, le séjour à la campagne, l'isolement même doivent toujours accompagner la médication sédative.

Le traitement reconstituant devra être prescrit dans tous les cas, mais surtout lorsqu'il existe un syndrome de déminéralisation, de décalcification (carie dentaire, tuberculose pulmonaire, exagération de l'élimination calcique dans les selles, hyperphosphaturie). On remédie à la décalcification par un régime alimentaire approprié : MM. ROBIN, FERRIER, LÖPPER et SERGENT ont montré qu'il fallait éviter l'ingestion d'aliments acides ou capables de produire des acides, puisque ce sont ces corps qui entraînent le calcium et amènent la spoliation calcaire. On associera aux prescriptions alimentaires une médication récalcifiante constituée principalement par le phosphate tricalcique et le carbonate neutre de chaux.

On neutralise l'acidité gastrique au moyen d'eaux bicarbonatées : eau de Pougues, de Saint-Galmier, etc. On fera utilement des injections sous-cutanées d'une solution de glycérophosphate de chaux à raison de 1 à 2 centimètres cubes par piqûre de 5 centigrammes, ou de glycérophosphate de soude à dose plus élevée. Ces piqûres ont l'inconvénient d'être douloureuses.

Le phosphore, la lécithine seront avantageusement associés au traitement récalcifiant, puisque ce sont des médicaments toniques du système nerveux. On pourra donner, dans un peu d'eau

sucrée, au repas de midi et du soir, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Acide phosphorique	10 gr.
Phosphate de soude	20 gr.
Eau distillée	300 gr.

Mais les composés phosphorés ont le désavantage de donner au système nerveux une excitation anormale qui peut, chez quelques malades, exagérer l'irritabilité des plexus végétatifs.

2° Bien souvent on a pu découvrir une CAUSE LOCALE abdominale, gastrique ou intestinale, capable d'expliquer les accidents douloureux; dans ces cas il faut adjoindre un traitement spécial aux prescriptions générales précitées. Ainsi, parmi les troubles gastriques, on relève la dyspepsie soit hyper- soit hyposthénique, et chez les alcooliques : la gastrite éthylique.

Le régime gastrique approprié à ces diverses affections atténuera considérablement les algies épigastriques. Parfois, il s'agit d'une dyspepsie intestinale par insuffisance biliaire ou pancréatique : le traitement opothérapique forme la base d'une médication rationnelle, mais son efficacité n'est pas encore bien prouvée. La colite muco-membraneuse, le spasme simple (constipation), la mucorrhée simple, l'atonie colique commandent des régimes alimentaires spéciaux.

La ptose, surtout lorsqu'elle est limitée à l'estomac, nécessite un traitement de réduction et de contention : la sangle de GLÉNARD, ou mieux la pelote hypogastrique de ENRIQUEZ.

Le repos au lit doit toujours être associé à la réduction de la ptose lorsque celle-ci est très accentuée.

Quant aux causes toxiques : diabète, saturnisme, oxalurie, éthylisme, caféisme, théisme, tabagisme, etc..., leur traitement est suffisamment connu pour que nous n'insistions pas sur ses particularités.

L'opothérapie thyroïdienne, ovarienne, devra être essayée lorsque les algies sont associées à d'autres manifestations d'insuffisance glandulaire.

CONCLUSIONS

1° Les plexus nerveux de l'abdomen, à la constitution desquels prennent part le sympathique et le pneumogastrique, sont, en réalité, formés de neurones indépendants dénommés nerfs végétatifs, et dont la continuité physiologique et anatomique s'établit très directement avec les fibres sympathiques et pneumogastriques.

On peut considérer trois étages nerveux répondant, le premier : au plexus cœliaque (ventre supérieur), le second : aux plexus mésentérique supérieur et iliaque droit (ventre droit), le troisième : aux plexus mésentérique inférieur et iliaque gauche (ventre gauche). L'ensemble représente le plexus digestif.

2° Normalement, la sensibilité du plexus solaire appartient à la conscience médullaire, elle est sourde, subconsciente et n'est perçue par le malade qu'à l'état pathologique. Les troubles sensitifs s'accompagnent de troubles moteurs, vaso-moteurs, sécrétoires, parce que les plexus abdominaux ont des fonctions multiples que nous avons rappelées.

3° Les plexus abdominaux forment des nœuds, et à ces nœuds répondent les points névralgiques de l'abdomen que nous avons étudiés : le point épigastrique, au plexus cœliaque ; le point mésentérique supérieur, au plexus mésentérique supérieur ; le point mésentérique inférieur, au plexus mésentérique inférieur ; les points iliaques, droit et gauche, aux plexus hypogastriques et à la bifurcation des iliaques primitives ; le point cystique, au plexus hépato-cystique ; la zone promontorienne, à la partie inférieure du plexus péri-aortique.

4° Ces divers points ont une topographie clinique précise.

5° Normalement, en ces divers points, une pression profonde moyenne (5 kilogrammes) ne réveille qu'une sensibilité sourde.

A l'état pathologique, la douleur apparaît pour des pressions inférieures et parfois très faibles (1-2-3 kilogrammes). Exceptionnellement, la pression la plus forte ne réveille aucune sensibilité (hypoesthésie, anesthésie).

6° L'hyperesthésie et l'hypoesthésie ont une étiologie complexe : causes abdominales, intestinales ou extra-intestinales et causes générales, toxiques ou infectieuses ; les causes générales peuvent d'ailleurs agir indirectement, par l'intermédiaire de troubles intestinaux, ou directement, en lésant uniquement le système nerveux abdominal.

7° On a pu trouver des lésions microscopiques des plexus abdominaux au cours des diverses maladies susceptibles de déterminer ces modifications sensitives. Aussi peut-on considérer des troubles nerveux d'origine névritique, névralgique ou névropathique.

8° Les points névralgiques peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic.

a) Le *point épigastrique* se confond avec la douleur de l'ulcus gastrique, de la colique hépatique, de la crise gastrique du tabes, de l'angine de poitrine gastralgique, des adhérences péritonéales et surtout périgastriques, plus rarement de la surrénalite aiguë, de la pancréatite aiguë, de la pancréatite chronique, du cancer du corps du pancréas,

b) Les points *mésentérique supérieur* et *iliaque droit*, avec la douleur de l'appendicite aiguë ou chronique, de la crise entéralgique du tabes, de l'annexite droite aiguë ou subaiguë, de la péritonite chronique localisée, de la péricolite, de la pérityphlite, de l'épiploïte du cæcum mobile, de l'entérocolite muco-membraneuse, de la colique néphrétique, de la crise de rein mobile, du

rhumatisme du psoas, de la psoïtis, de la névralgie lombéo-abdominale, de l'ostéite de l'iléon, de la coxalgie, de l'adénite iliaque, de la phlébite iliaque,

c) Les points *mésentérique inférieur* et *iliaque gauche*, avec la douleur de l'appendicite gauche, d'ailleurs exceptionnelle, de la diverticulite, de la sigmoïdite,

d) Le *point cystique*, avec la douleur de la pancréatite aiguë ou chronique, de la colique néphrétique, des calculs enclavés de l'uretère ou du rein, de la périhépatite juxta-vésiculaire, de la péricolite de l'angle droit du côlon, de la périgastrite juxta-pylorique, de la colite muco-membraneuse circonscrite, de la simple colique vésiculaire ou hépatique, de la cholécystite aiguë, de la cholécystite chronique, de la lithiasé vésiculaire chronique.

9° Quelque localisée qu'elle soit, la douleur névralgique occupe rarement un seul point douloureux et s'accompagne, le plus souvent, de sensibilité dans toute la sphère occupée par les plexus abdominaux. Cette multiplicité des points sensibles constitue un signe de réelle valeur diagnostique.

10° La persistance post-opératoire de la douleur est le caractère essentiel des diverses affections purement névralgiques simulant les affections organiques précitées; elle nous en montre bien l'origine nerveuse et non viscérale.

11° Le traitement doit être pathogénique, s'adresser à la cause même de l'hyperesthésie, qu'elle soit locale ou générale, toxique ou infectieuse. Il faut y joindre un traitement symptomatique commun à toutes ces hyperesthésies.

Vu par le président de la thèse :

ROGER.

Vu :

Le Doyen : L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AFANASSIEFF ou AFANASSIEW. — *Thèse de Pétersbourg*, 1882.
- Ueber anatomische Veränderung der Leber während verschiedener Tätigkeitszustände. *Pflüger's Archiv für Physiologie*, t. XXX, p. 385, 1883.
- AUBOURG. — Radiographie de l'appendice iléo-cæcal sur le vivant. *Presse Médicale*, 28 mai 1910.
- ANDERSON et LANGLEY. — The constituents of the hypogastric Nerves. *Journal of Physiology*, t. XVII, p. 177.
- *Journal of Physiology*, t. XVIII, 1895-1896.
- On the innervation of the pelvic and adjoining viscera. *Journal of Physiology*, t. XVIII-XIX.
- BARBACCI. — *Rivista di patol. nerv. e mentale*, mars, 1899.
- BASCH et HOFFMANN. — Innervation de l'utérus. *Wien. med. Jahresbericht*, 1877.
- BAYLISS et STARLING. — Sur l'innervation du gros intestin. *Journ. of phys.*, t. XXVI, p. 106 et 107.
- Innervation of the intestines. *Proc. of the Phys. Soc.*, t. XII, p. 2; Refer. dans *Journal of phys.*, t. XXII.
- Sur le mouvement et l'innervation de l'intestin grêle. *Journal of Physiology*, t. XXVI, fasc. 3-4, p. 125-138.
- BECHTEREW. — Zur Frage über die Innervation des Magens. *Neurologisches Centralblatt*, t. IX, p. 195, 1890.
- *Les fonctions bulbo-médullaires*, 2^e partie, 1910.
- BECHTEREW et MISLAWSKY. — Innervation centrale et périphérique de l'intestin (en russe), *Kazan*, 1890; *Arch. f. Anat. und Phys.*, 1890.
- *Revue médicale* (en russe), 1891.
- Centres cérébraux des mouvements de l'estomac. *Revue Médicale* (en russe), 1894.
- *Arch. f. Anat. und Phys.*, 1894.
- CLAUDE BERNARD. — *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*, t. II, p. 419, 1856.
- *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*. Paris, 1858.
- Antagonisme du sympathique et du pneumogastrique. *Société de Biologie*, 1884, p. 93.

- BEZANÇON et S.-I. DE JONG. — Valeur de l'instabilité thermique comme signe révélateur de la tuberculose pulmonaire au début. *Bulletin Médical*, 23 mai 1910.
- BONNET et POINCARÉ. — *Ann. de méd. psych.*, 1868.
- BORMANN et MISLAWSKY. — *Centralblatt für Physiologie*, 1898.
- BUDGE. — Influence du ganglion semi-lunaire sur les intestins. *Académie des Sciences*, 1856, t. XLIII, p. 726.
- BURGIA (d'Imola). — *Le alterazioni del sistema ganglionare simpatico nella pazzia pelligrosa del manicomio di Bologna d'Imola*, 1901.
- CHIARI et FROBLICH. — Erregbarkeitsänderung des vegetativen Nervensystems durch Kalkentziehung. *Archiv für experimentelle Pathologie*, 14 février 1911, Bd LXIV, fasc. 3 et 4.
- COURTADE et GUYON. — Influence motrice du sympathique sur l'intestin grêle. *Archives de physiologie*, p. 423, et *Société de Biologie*, 1896, p. 1017.
- Innervation motrice de la région pylorique de l'estomac. *Revue neurologique*, n° 22, 1898.
- DEBOVE. — Crise gastrique tabétique : leçon faite par M. le professeur DEBOVE à l'hôpital Beaujon, recueillie par le Dr RATHERY, parue dans le *Journal des Praticiens*, 11 mai 1907.
- DESJARPINS. — Études sur les pancréatites. *Thèse de Paris*, 1905.
- DUFOUR et COTTENOT. — Crise gastrique tabétique prise pour une obstruction intestinale. *Société de neurologie*, 4 mars 1909.
- *Revue neurologique*, 30 mars 1909.
- FABER. — Reflex-hyperesthesien bei verdauungs-krankheiten. *Deutsche Archiv für klinische Medizin*, 1899, p. 333.
- FAISANS. — De l'appendicite chronique simulant la tuberculose. *Bulletin Médical*, 1^{er} février 1911, et *Société Médicale des Hôpitaux*, 26 janvier 1911.
- FELLNER. — *Beitraege zur Medic. Jahrb. S. Ges. d. Aerzte. Wien*, 1883.
- Weitere Mitteilungen über Bewegungs- und Hemmungs nerven des Rectums. *Pflüger's Archiv für Physiologie*, t. LVI, p. 542, 1894.
- GARAU. — Le point de Mac Burney et le point de Lanz dans l'appendicite. *Lyon chirurgical*, t. III, n° 5, 1^{er} mai 1910, p. 485-497.
- GERHARDT et SCHLESINGER. — Au sujet des spoliations calcaires dans le diabète. *Arch. für exp. Pathol. u. Pharmak.*, Bd 42, 1899.
- GUIZETTI. — Altérations du sympathique dans la fièvre typhoïde. *Archivio per le scienze mediche*, fasc. I, 1898.
- HAUSMANN. — *Die methodische Intestinal palpation*, chap. X, Berlin, 1910.
- HEAD. — *On the disturbance of sensation with especial reference to the pain of visceral Diseases. Brain*, 1893, p. 94-96.
- HESS. — Elimination of bacteria from the blood through the wall of the intestine. *The archives of internal medicine*, 15th, nov. 1910, p. 522.

- LAFFONT. — Recherches sur l'innervation vaso-motrice, la circulation du foie et des viscères abdominaux. *Académie des Sciences*, Paris, 1880, 2^e semestre, p. 705.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Recherches sur le plexus solaire. *Thèse de Paris*, 1903.
- LANZ. — Der Mc. Burneysche Punkt. *Zentralblatt f. Chirurgie*, 15 février 1908.
- LEGUEU. — Clinique de l'hôpital Laënnec rapportée dans le *Journal des Praticiens*, 1910, p. 709.
- LEVEN. — *Estomac et cerveau*. Masson, 1884.
- LOEPER. — *Leçons de pathologie digestive*. Masson, p. 123-173.
- Troubles digestifs et névralgies intercostales. *Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, de Mathieu, avril 1910.
- Les spoliations calcaires intestinales dans les entérites et les dyspepsies. Leurs conséquences et leur traitement. *Société médicale des Hôpitaux*, juillet 1910.
- Les crises intestinales des aortiques. *Progrès Médical*, 10 décembre 1910.
- LOEPER et BÉCHAMP. — Variations de la chaux intestinale dans quelques maladies générales. *Société de Biologie*, 19 mars 1910.
- LOEPER, BÉCHAMP et BINET. — Elimination de l'acide oxalique par l'estomac. *Société de Biologie*, 9 avril 1910.
- LOEPER et BINET. — Les crises gastriques des oxaluriques. — *Société médicale des Hôpitaux*, 22 avril 1910.
- LOEPER et CH. ESMONET. — Les algies sympathiques et l'hyperesthésie de l'abdomen. *Presse Médicale*, 23 avril 1910.
- Points douloureux de l'artère iliaque droite et faux points appendiculaires. *Bulletin Médical*, 28 mai 1910.
- LÖEWI. — Au sujet des modifications sympathiques, mydriase adrénalinique, après l'extirpation du pancréas. *Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, Bd 59, p. 82.
- MERKLEN. — *Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur*. Publiées par HEITZ; Masson, 1908.
- MONPEURT. — Ulcérations gastriques d'origine cardio-rénale chez le vieillard (gastrite ulcéreuse urémique). *Thèse de Paris*, 1900.
- MONTI et FIESCHI. — Sur la guérison des blessures du ganglion sympathique, *Archiv. ital. de biologia*, t. XXIV, fasc. 3.
- MOREAU. — De l'influence de la réaction des nerfs sur la production des liquides intestinaux. *Académie des Sciences*, 1868.
- MOSSÉ. — Altération du ganglion coeliaque dans la colique de plomb expérimentale. *Société de médecine interne*, Berlin, 17 février 1902.
- NGERA. — Lésions du système ganglionnaire sympathique dans la paralysie générale. *Il Pisani*, 1898, nos 1-2.
- PASTEAU. — Les points douloureux rénaux. *Comptes rendus de l'Association française d'urologie*, 1907, p. 628.

- PASTEAU. — Les procédés modernes d'exploration rénale. *Journal médical français*, 15 janvier 1911.
- PAWLOW. — *Gaz. clin.* (en russe), 1888.
— *Archiv für Anat. und Physiol.*, 1898.
- Notes bibliographiques sur les nerfs sécrétoires du pancréas. *Arch. des Sciences biol. p. p. l'Inst. imp. de méd. sep. à Saint-Petersbourg*, t. III, fasc. 2, p. 189, 1893.
- PFLUGER. — *Ueber den Hemmungs-Nervensystems*. Berlin, 1857.
— Ueber die Beziehung des Nervensystems zu der Leber-und Gallen-sécrétion. *Pflüger's Archiv*, 1869.
- PINCUS. — Exper. de vi nervi vagi et sympathici ad vasa secret. nutrit. tractus intestinalis et renum. *Diss. inaug.*, Breslau, 1856.
- PITRES. — Sur l'anesthésie épigastrique des tabétiques. *Revue de neurologie*, octobre 1898.
- POIRIER et CHARPY. — *Traité d'anatomie humaine*, t. III, 3^e fasc.
- POPELSKY. — Physiologie du splanchnique. *Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1893.
— Zur Physiologie des Plexus cœliacus (en russe) *Wratsch*, n^{os} 51-52, p. 1545 et 1577, 1900; Analyse in *Jahresbericht*, 1900, p. 149, et *Presse Médicale*, 11 mai 1901.
- PRON. — Difficulté de diagnostic de l'appendicite chronique d'après Th. Hausmann, par le Dr L. PRON (d'Alger). *La Clinique*, 14 octobre 1910.
- RIBADEAU-DUMAS et HARVIER. — Recherches sur l'élimination du bacille d'Eberth et des paratyphiques par l'intestin. *Société de Biologie*, 23 juillet 1910.
- RIVA. — Présence de mucinase dans les matières fécales. *C. R. Société de Biologie*, 23 décembre 1905, p. 711.
- ROGER. — La coagulation de la mucine. *C. R. Société de Biologie*, 11 novembre 1905, t. II, p. 423.
- J.-CH. ROUX. — Recherches sur la viciation de la sensibilité gastrique. *Revue de Médecine*, 11 novembre 1899.
— Les lésions du grand sympathique et leurs rapports avec les troubles de la sensibilité viscérale. *Thèse de Paris*, 1900.
- RUILLIER. — Des troubles de la sensibilité de la région épigastrique chez les dyspeptiques. *Thèse de Paris*, 1900.
- SANTINI (Carlo). — *La clinica chirurgica*, 31 mars 1910.
- SAUPHAR. — Le diagnostic précoce de l'ulcère et des ulcérations gastriques. *Thèse de Paris*, 1910.
- SEGOND. — *Essai sur la névralgie du grand sympathique. Colique du Poitou*, 1837.
- SAINT-GENOIS DE GRAND BREUCQ. — *Tabes et chirurgie abdominale. Thèse de Paris*, 1909.

- STIERLIN. — Das cœcum mobile als Ursache mancher Fälle von sog. chronischer Appendicitis und die Erfolge des Cœcopexie. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1910, t. CVI, fasc. 4-6.
- TANQUEREL DES PLANCHES. — *Traité des Maladies du plomb*, 1839.
- TARDIF. — Contribution à l'étude clinique de quelques analgésies viscérales profondes dans l'ataxie motrice. *Thèse de Paris*, 1899.
- TEISSIER (J.-P.). — Rôle de la distension cardiaque dans la production des angines de poitrine. *Thèse de Paris*, 1905.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, t. III.
- TRÉMOLIÈRES et RIVA. — Présence de mucinase dans le sang. *C. R. Société de Biologie*, 7 avril 1906, p. 690.
- VOISIN. — *Traité de la paralysie générale des aliénés*, 1879.
- WICHNEWSKY. — *Neurol. Westnik* (en russe), 1903-1904.
- WILMS. — Das Cœcum mobile als Ursache Mancher Fälle von sog. chronischer Appendicitis. *Deutsche Med. Woch.*, 1908, n° 41.
-

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	1
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie du système nerveux abdominal	5
1° Ganglions ou amas ganglionnaires	6
a) Chaîne sympathique lombaire	6
b) Plexus cœliaque (ganglions semi-lunaires, aortico-rénaux, mésentérique supérieur).	6
2° Plexus.	8
a) Coronaire stomachique, hépatique, cystique, splénique, pancréatique, rénal, surrénal, diaphragmatique.	8
b) Plexus mésentériques (supérieur, inférieur)	10
c) Plexus hypogastrique	11
3° Nerfs afférents des plexus	14
a) Grand splanchnique	14
b) Petit splanchnique	15
c) Pneumogastrique	15
4° Anastomoses	16
CHAPITRE II. — Physiologie du système nerveux abdominal	18
1° Rôle du plexus cœliaque	18
2° Rôle du plexus mésentérique supérieur	19
3° Rôle du plexus mésentérique inférieur	19
4° Rôle du plexus hypogastrique	20
5° Rôle du plexus pancréatique	20
6° Rôle du plexus rénal	21
7° Rôle du plexus cystique	21

8° Rôle du plexus splénique	21
9° Rôle du plexus hépatique	22
10° Rôle du splanchnique.	22
11° Rôle du pneumogastrique	23
12° Rôle du cordon sympathique thoraco-abdominal.	24
CHAPITRE III. — Les points et les zones sensibles de l'abdomen	25
1° Sensibilité profonde	26
a) Point épigastrique	26
b) Point mésentérique supérieur	26
c) Point mésentérique inférieur	26
d) Point promontorien	27
e) Points iliaques	27
f) Point cystique	28
2° Sensibilité superficielle (hyperesthésie, hypoesthésie, anesthésie). . . .	30
CHAPITRE IV. — Étiologie	35
1° <i>Hyperesthésie</i>	35
A. Causes locales.	35
a) Gastro-intestinales	35
α) D'ordre mécanique	35
β) D'ordre inflammatoire	37
γ) D'ordre toxique	37
b) Extra-intestinales	40
B. Causes générales.	41
a) Causes toxiques	41
α) Auto-intoxications	41
β) Intoxications exogènes aiguës	42
γ) Intoxications exogènes chroniques	42
δ) Dyscrasies	44
b) Infections générales	45
α) Pneumonie	45
β) Paludisme	46
γ) Tuberculose	46
δ) Affections du système nerveux.	48
2° <i>Hypoesthésie et anesthésie</i>	50
a) Tabes	50
b) Diabète	53
c) Alcoolisme	54

CHAPITRE V. — Anatomie pathologique humaine	57
1° Anatomie pathologique humaine	57
2° Anatomie pathologique expérimentale	58
CHAPITRE VI. — Diagnostic des algies abdominales	59
1° Caractères généraux des algies abdominales	59
2° Erreurs de diagnostic provoquées par les points abdominaux	60
A. Point épigastrique	60
a) Avec symptômes associés	60
b) Sans symptômes associés	63
B. Erreurs de diagnostic auxquelles peuvent donner lieu les points mésentérique supérieur et iliaque droit (points pseudo-appendiculaires).	64
a) Pseudo-appendicites	70
α) Forme aiguë	70
β) Forme chronique	73
b) Pseudo-annexite droite	77
c) Cæcum mobile	80
d) Entéro-colite muco-membraneuse	81
e) Colique néphrétique	82
f) Autres erreurs possibles	83
C. Erreurs de diagnostic auxquelles peuvent donner lieu les points mésentérique inférieur et iliaque gauche	83
D. Erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu le point cystique	85
CHAPITRE VII. — Évolution	91
CHAPITRE VIII. — Traitement	91
1° Traitement commun des algies	95
2° Traitement de la cause provocatrice	97
CONCLUSIONS	99

